ESSAI
SUR LA CÉPHALALGIE
ET LA MIGRAINE,

CONSIDÉRÉES

SOIT COMME AFFECTION SYMPTOMATIQUE,

SOIT COMME MALADIE ESSENTIELLE;

SUIVI DE QUELQUES

PROPOSITIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

ET D'UNE NOTE

SUR UN PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DE L'ONGLE RENTRÉ DANS LES CHAIRS,

SANS OPÉRATION CHIRURGICALE.

(Avec une Planche.)



THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 avril 1837, pour obtenir le grade de Docteur en Médecine;

Par HENRI LABARRAQUE, de Paris,

Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

> Et j'ai reconnu que l'homme ne peut trouver la raison de toutes les œuvres de Dieu qui se font sous le soleil.
>
> (BIBLE, le livre *de l'Ecclésiaste*, ch. VIII, 17.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Cᵉ,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1837.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Suppléant.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Examinateur. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET, Président. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE), Examinateur.	MM. JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (PHILIPPE).	LESUEUR.
BROUSSAIS (CASIMIR).	MÉNIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD, Suppléant.
DANYAU.	REQUIN.
DUBOIS (FRÉDÉRIC), Examinateur.	ROBERT.
GUÉRARD.	ROYER-COLLARD.
GUILLOT.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

M. A.-G. LABARRAQUE,

PHARMACIEN,

Chevalier de la Légion d'honneur, Membre de l'Académie royale de Médecine, du Conseil de Salubrité du département de la Seine, de la Société de Médecine, du Conseil d'Administration de la Société d'Encouragement pour l'Industrie nationale, de la Société médico-pratique, du Cercle médical de Paris, Membre correspondant de la Société royale académique de Marseille, de l'Académie des Sciences de Groningue, des Sociétés de médecine de Lyon et de Lille, l'un des présidents de la caisse d'Épargne et de Prévoyance, Membre de la Commission de surveillance des Écoles primaires du VI[e] arrondissement de Paris, etc., etc.

A MA MÈRE.

A MES ONCLES,

MM. MICHEL LABARRAQUE ET VAUDÉ.

A MON BEAU-FRÈRE,

M. L.-R. LE CANU,

Professeur titulaire à l'École de Pharmacie de Paris, Membre du Conseil de salubrité du Département de la Seine, etc., etc.

A M. LE PROFESSEUR J. CLOQUET,

MON MAITRE.

H. LABARRAQUE.

ESSAI

SUR LA

CÉPHALALGIE ET LA MIGRAINE,

CONSIDÉRÉES

SOIT COMME AFFECTION SYMPTOMATIQUE,

SOIT COMME MALADIE ESSENTIELLE.

Morgagni a dit que c'étaient les maladies les plus communes qui méritaient le plus de fixer l'attention du médecin ; je crois que, dans cette occasion, comme dans beaucoup d'autres, ce grand écrivain était dans le vrai, et c'est en partie ce qui m'a déterminé à choisir pour sujet de thèse la *céphalalgie* et la *migraine*, affections tellement fréquentes et si généralement répandues, qu'il n'est, pour ainsi dire, personne qui n'en ait été atteint une ou plusieurs fois dans sa vie. En second lieu, la migraine a sur toutes les autres maladies ce singulier privilége que, dans la plupart des cas, le médecin et le malade sont d'accord pour ne s'en point occuper, malgré les souffrances qu'elle entraîne : le premier, parce qu'il la regarde comme rebelle à son art ; le second, parce qu'il est convaincu que si la nature est un grand médecin, c'est surtout dans cette circonstance, et, partant, qu'il n'a rien de mieux à faire que de s'en reposer sur elle du soin de sa guérison. Je tâcherai, en terminant ce travail, quand j'analyserai les moyens de traitement qu'on peut lui opposer, de démontrer que cette opinion, si générale, n'est bien souvent qu'un cruel préjugé, et alors peut-être pourra-t-on se demander jusqu'à quel point cette indifférence est par-

donnable si les moyens de la médecine peuvent être de quelque secours au malade.

On entend par *céphalalgie* (du grec κεφαλὴ, tête, et ἄλγος, douleur) une douleur plus ou moins vive, occupant une partie plus ou moins étendue, plus ou moins profonde de la région du crâne.

La céphalalgie a reçu différents noms, suivant sa durée, suivant son intensité, et suivant les parties qu'elle peut occuper; voici ceux que les auteurs s'accordent à lui donner aujourd'hui.

Suivant son intensité, la douleur prend le nom de *gravedo* (du latin *gravis*, pesant) ou de *carebaria*, du grec κάρη, tête, et βάρος, pesanteur) quand elle est caractérisée par une sensation de pesanteur de la tête;

De clou hystérique, de *clavus*, d'*ovum*, quand elle frappe les femmes hystériques, et leur fait éprouver, vers le sinciput, une douleur assez analogue à celle que produirait l'application d'un morceau de glace sur un point très-limité de cette partie (1); ou vers l'occiput, une douleur d'une autre nature, comme serait, par exemple, celle que pourrait produire la pénétration d'un clou à la partie postérieure de la tête.

Suivant les parties qu'elle peut occuper, la douleur de tête se nomme hémicranie quand elle occupe un des côtés de la périphérie du crâne (du grec ἡμίσυς, moitié, κρανὶον, crâne) dont on a fait par abréviation le mot *migraine*, qui toutefois ne répond pas exactement à l'idée qu'il faut se faire de la maladie appelée aujourd'hui *migraine*, ainsi que nous aurons occasion de le voir plus tard, en parlant de son siége, sur lequel les différents auteurs qui se sont occupés de cette affection sont loin d'être d'accord. Hémicranie, en effet, d'après son étymologie, signifie seulement une douleur qui n'a son siége que sur un des côtés de la tête. Or, toutes les névralgies de cette partie

(1) «Dolores capitis ab utero nati verticem ac occiput, cum sensu frigoris in vertice, sæpissimè occupant.» (Klein.)

peuvent mériter ce nom, puisque presque toutes n'attaquent guère qu'une des moitiés du corps sans dépasser la ligne médiane. Dans cette manière de considérer les faits, l'hémicranie ne serait qu'une condition des douleurs névralgiques. Il existe en outre une infinité de douleurs n'affectant qu'un seul côté du crâne et qui ne sont pas des migraines; telles sont les douleurs rhumatismales, celles qui résultent d'une affection locale de la tête, etc., etc. Ensuite la migraine ne se borne pas toujours à envahir un seul côté, le côté gauche ou le côté droit; le front, les deux tempes, l'occiput, toute la partie supérieure, et même quelquefois la totalité du crâne, peuvent en être le siége; enfin elle peut en avoir un beaucoup plus circonscrit et n'occuper que les arcades surcilières, l'orbite et les environs de la racine du nez.

Suivant sa durée, la douleur s'appelle *céphalée*, quand elle se prolonge au delà d'un certain temps et qu'elle passe à l'état chronique. On la distingue en *continue* et *intermittente* : la céphalée continue est le plus ordinairement liée, suivant un des bons praticiens de la capitale, M. le docteur Jolly, à quelque affection rhumatismale ou syphilitique, avec ou sans exostose, à une phlegmasie chronique des méninges ou du cerveau, enfin à une lésion organique quelconque de quelqu'une des parties contenues dans la boîte osseuse de la tête, ou de quelque point de cette enveloppe osseuse elle-même (1). La céphalée intermittente peut affecter les types quotidien, tierce, quarte, hebdomadaire, mensuel, annuel.

Nous croyons cette dénomination de céphalée vicieuse ou au moins inutile : en effet, une maladie dite céphalée, si elle est continue, dépend bien probablement d'une lésion organique qu'une analyse exactement faite des symptômes concomitants pourra faire reconnaître; et si elle est intermittente, ce sera sans doute une variété de migraine.

Les anciens auteurs n'ont, pas en général, donné à la céphalalgie

---

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. v, p. 153.

toute l'attention que nous croyons qu'elle mérite; plusieurs confondent les différentes espèces de céphalalgie les unes avec les autres, quelques-uns en isolent une variété, qui paraît, suivant la description qu'ils en donnent, correspondre assez bien à ce qu'on entend aujourd'hui par migraine, et font de cette variété une affection essentielle; opinion qui depuis a été reprise et combattue par quelques modernes qui en ont fait à leur tour l'un des symptômes d'une lésion, ou du cerveau ou d'un organe réagissant sur lui.

Ainsi, Hippocrate confond ensemble toutes les céphalalgies, et rien dans ses œuvres ne fournit le moindre indice qu'il ait établi parmi elles une classification, ni considéré aucune d'elles, pas même la migraine comme une maladie essentielle.

Après lui, Arétée de Cappadoce (1) décrit, sous le nom de ητέροκρανία (*eterócrania*), une variété de céphalée, à laquelle il assigne pour caractères quelques-uns des symptômes les plus constants de la migraine; et cependant, par le pronostic qu'il en porte, il est évident qu'il la confond avec quelque lésion organique du cerveau.

Cœlius Aurelianus (2) ne fait pas non plus de la céphalalgie en général, ni d'aucune de ses variétés, une maladie particulière.

Galien (3) en parle en plusieurs endroits de ses œuvres, mais sans y établir de distinctions : on voit qu'il confond la migraine avec des lésions cérébrales, par le pronostic qu'il en porte; et quoiqu'il en ait donné une description assez exacte, il n'indique pas son siége précis : son traitement, ainsi que nous le verrons, est surchargé de pratiques aujourd'hui ridicules.

Il faut arriver à Alexandre de Tralles (4) pour trouver les céphalalgies envisagées avec un peu de précision; le premier, il établit que

---

(1) *De morbis chronicis,* lib. I, cap. 2.

(2) *Idem, ibid.*

(3) *De morbis vulgaribus,* classes 2, 3 et 4.

(4) *De arte medicâ,* t. I, chap. 10, 11, 12.

l'on doit distinguer la céphalalgie proprement dite de ce qu'il appelle la céphalée, et de la migraine.

Maintenant, si nous nous rapprochons un peu de notre temps, nous voyons en compulsant les auteurs qui ont écrit au XVIIe siècle, qu'ils ne sont pas plus d'accord sur le siége, sur la nature de la céphalalgie, et surtout de la migraine, et encore moins sur sa qualité de maladie essentielle ou de symptôme.

Sauvages (1) ne voit partout que des migraines; il en admet dix variétés: migraine oculaire, migraine odontalgique, migraine du sinus, migraine coryzale, hémorroïdale, hystérique, purulente, insectale, néphralgique, lunatique. Mais sont-ce là des migraines? Qu'est-ce qu'une migraine oculaire avec inflammation et suppuration de l'œil, si ce n'est une fonte purulente de l'œil occasionnée par une cause quelconque et accompagnée d'une céphalalgie très-naturelle? Qu'est-ce qu'une migraine odontalgique avec inflammation et suppuration de l'oreille, si ce n'est probablement un abcès de la bouche, déterminé peut-être par la carie d'une molaire, et s'ouvrant, après d'atroces douleurs céphalalgiques, dans l'oreille? On pourrait en dire autant de toutes celles dont on parvient à comprendre la description, dans un auteur aussi confus que passionné pour les divisions et subdivisions.

Charles Lepois (2) distingue la migraine des autres variétés de céphalalgie, et l'admet comme affection essentielle; mais il la définit mal; et dans la définition qu'il en donne, on doit retrouver une infinité de maladies accompagnées de céphalalgies, qui ne sont ni des migraines, ni des affections idiopathiques. Du reste, il attribue celle dont il traite à la fermentation d'une certaine vapeur bilieuse qui se porterait vers la tête avec acrimonie, et distendrait violemment les membranes du cerveau. Sa doctrine, aujourd'hui ridicule, eut alors beaucoup de

---

(1) *Nosologie méthodique*, 7e classe *des douleurs*, ordre 13e.

(2) *Selectionum observationum, liber singularis, opus novitate doctrinæ, utile atque juvendum, ponte ad monticulum*, 1618.

faveur; elle fut même accueillie avec tant d'enthousiasme, que l'on fit en son honneur des vers ou plutôt des bouts-rimés encore plus ridicules qu'elle ne l'est elle-même : était-ce l'intime conviction de sa supériorité qui les avait dictés, ou bien le sentiment instinctif qui porte le peuple des auteurs, en quelque sorte malgré lui, à trouver bon ce qui vient d'un homme puissant par sa position et sa fortune ? C'est ce qu'on ne saurait dire. Mais Charles Lepois était doyen de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson, et de plus médecin et conseiller du duc de Lorraine.

Lepois père, sans révoquer en doute les effets miraculeux de la sérosité, pense que toutes les céphalalgies ont leur point de départ dans l'estomac et les autres viscères abdominaux.

Plusieurs autres auteurs se sont occupés de la céphalalgie en général, et quelques-uns de la migraine; nous aurons occasion d'en parler quand nous traiterons des causes de la maladie, de sa nature, de son siége, de ses symptômes, de sa marche, de sa durée, de ses terminaisons, de son anatomie pathologique, de son diagnostic différentiel, de son pronostic, de son traitement.

On a vu, d'après la définition, que toute douleur interne ou externe, profonde ou superficielle, étendue ou limitée, siégeant à la région du crâne, était pour nous une céphalalgie; il est donc naturel de croire qu'il existe un grand nombre d'espèces ou de variétés de céphalalgies.

Nous les diviserons en céphalalgie symptomatique et céphalalgie idiopathique ou essentielle, et ne dépendant d'aucune autre maladie. Dans la première classe se trouveront toutes les douleurs de tête qui accompagnent ou suivent une maladie quelconque, et une partie des céphalées des auteurs. Elles se rangeront d'après leurs causes connues ou présumées. Dans la seconde se trouvera seulement la céphalée intermittente de ces mêmes auteurs, quel que soit son type, c'est-à-dire la migraine et ses différentes variétés.

Causes.

Les causes de céphalalgie, soit symptomatique, soit idiopathique ou essentielle, sont nombreuses. On doit les distinguer en causes prédisposantes et causes déterminantes ou occasionnelles.

Causes prédisposantes. — Elles sont en général peu connues. Les plus incontestables sont, pour toutes les céphalalgies possibles, une très-grande susceptibilité nerveuse, le tempérament nerveux, le sexe féminin chez lequel ce tempérament paraît le plus souvent prédominer.

Toutes les causes prédisposantes dérivent de celles-là, parce que c'est toujours en dernier résultat le système nerveux qui perçoit et qui donne la sensation de la douleur, quels que soient d'ailleurs son caractère, sa nature et sa cause.

Causes déterminantes. — Elles diffèrent beaucoup suivant qu'on les examine dans les céphalalgies symptomatiques et dans les céphalalgies idiopathiques ou migraines. Autant elles sont, en général et à quelques exceptions près, facilement appréciées dans le premier cas, autant elles le sont difficilement dans le second. Dans la céphalalgie symptomatique, la douleur de tête accompagne, complique et suit toujours une maladie ou un état pathologique quelconque local ou général. Dans la migraine, elle est, pour ainsi dire, toute la maladie. Nous allons passer en revue la plupart des états pathologiques qui peuvent donner naissance à la céphalalgie.

La fièvre continue simple, la fièvre éphémère, que quelques auteurs affirment n'être autre chose qu'une gastro-entérite légère, s'accompagne souvent de céphalalgie, et ce symptôme annonce assez ordinairement qu'on devra s'attendre à un peu plus d'intensité dans la maladie qu'il n'y en aurait eu s'il manquait.

L'invasion de la fièvre typhoïde, autrefois fièvre putride et maligne,

est spécialement marquée par la céphalalgie et par un abattement qui force le malade à s'aliter. Cette céphalalgie est constante dans la première période ou premier septénaire; elle est intense et avec redoublement la nuit: elle cesse le plus souvent dans le second septénaire.

Dans la fièvre intermittente simple, le stade de chaleur est accompagné, entre autres symptômes, par une céphalalgie de la partie supérieure de la tête, qui diminue dans celui de sueur ou troisième stade, en même temps que la soif, la plénitude et l'accélération du pouls.

Les fièvres intermittentes pernicieuses ont presque toujours pour symptôme principal une douleur très-vive, tantôt de la tête, tantôt d'une autre partie; ainsi on connaît les fièvres pleurétique, céphalalgique, etc., etc. Il en est de même des fièvres larvées, un des quatre groupes des fièvres intermittentes anormales.

La pesanteur de tête (καρηδαρια) est un des phénomènes précurseurs du typhus des camps et des prisons.

Dans la fièvre jaune ou typhus d'Amérique, on remarque le plus ordinairement parmi les symptômes de la période inflammatoire une céphalalgie insupportable, souvent sus-orbitaire.

Dans la suette ou peste britannique, l'invasion de la maladie est marquée par des douleurs violentes à la tête, au dos et aux lombes.

Dans le choléra-morbus, on a observé, au premier degré de la maladie, une céphalalgie sus-orbitaire intense qui disparaissait souvent quand, la maladie faisant des progrès, survenaient des crampes dans les membres et des vomissements.

Dans les différentes stomatites, il n'est pas rare de voir apparaître un mouvement fébrile, accompagné de céphalalgie qui vient se joindre à la maladie principale.

C'est ce que l'on rencontre aussi quelquefois dans la glossite quand elle est profonde ou phlegmoneuse : dans l'angine tonsillaire, dans l'angine pharyngée, etc., etc.

La céphalalgie frontale et sus-orbitaire accompagnent presque toujours la gastrite aiguë quand elle est un peu intense; elles existent

même très-souvent dans des gastrites légères, dans des indigestions, et précèdent même le début de ces affections.

La céphalalgie sus-orbitaire manque rarement dans la gastro-entérite aiguë; elle persiste tant que dure la fièvre, c'est-à-dire jusqu'à la décroissance des accidents.

En général, toutes les irritations des voies digestives s'accompagnent de céphalalgie, et tout ce qui peut les produire tend nécessairement à lui donner naissance. Ainsi, dans les cas où la médication tonique est indiquée, si l'on emploie les préparations martiales ou ferrugineuses et qu'on en continue l'usage pendant trop longtemps, ou qu'on les administre à trop hautes doses à la fois, ou bien à des individus robustes, pléthoriques et d'un tempérament sanguin, on voit survenir d'abord des douleurs d'estomac, des rapports nidoreux, des coliques, puis de la céphalalgie. Également, dans l'emploi des préparations de quinquina, si la dose est trop forte, ou bien si son usage est trop longtemps continué, ou bien enfin s'il existe un état inflammatoire de l'estomac ou de tout autre organe, les symptômes de la phlegmasie s'exaspèrent, se compliquent de phénomènes généraux parmi lesquels une violente céphalalgie se remarque toujours comme un des plus constants. L'abus des purgatifs agit dans le même sens, c'est-à-dire comme cause d'irritation des voies digestives, qui se complique à son tour de céphalalgie.

Les hémorroïdes, quand elles se suppriment, sont une cause puissante de céphalalgie; le sang qui d'habitude s'écoulait par l'anus déterminant vers la tête un afflux de liquide, une sorte de congestion plus ou moins grave, toujours très-incommode.

La céphalalgie se montre toujours au début de la bronchite aiguë: autrefois on l'appelait céphalalgie catarrhale; elle augmente la nuit.

Dans la pleurésie aiguë, au début la douleur de côté s'accompagne ordinairement de céphalalgie sus-orbitaire.

Ce symptôme se rencontre également dans la première période de la phlébite, de la cystite, de la néphrite.

La céphalalgie existe toujours dans les fongus de la dure-mère;

elle se manifeste par une douleur fixe à l'endroit où se développe la tumeur.

L'arachnitis cérébrale débute par une céphalalgie dont le siége est variable, mais qui devient bientôt des plus violentes, pour cesser plus tard, faire place au délire, et reparaître par intervalles quand celui-ci disparaît à son tour. Le docteur Guibert (1) cite une observation de céphalalgie opiniâtre causée par une arachnoïdite chronique, survenue à la suite de chagrins violents et prolongés. La douleur, qui dura trois mois sans désemparer, siégeait au vertex et à l'occiput. Des applications réitérées de sangsues, d'emplâtres d'opium, furent sans résultat; au contraire, la maladie semblait s'exaspérer sous l'influence des saignées locales: la malade mourut, et à l'autopsie on trouva une suppuration de la méningine avec épanchement de sérosité dans le ventricule droit, et ramollissement de tout l'hémisphère correspondant. Lallemand de Montpellier (2) rapporte plusieurs observations de céphalalgies intenses et rebelles, occasionnées par des arachnoïdites, et à la suite desquelles on trouva des granulations à la face interne de cette membrane.

L'hydrocéphale aiguë s'accompagne toujours de céphalalgie frontale ou temporale, qui augmente d'une manière graduée, et survient le plus ordinairement dans le premier septénaire de la vie, quelquefois pendant le travail de la dentition. Cette douleur, qui persiste pendant tout le cours de la maladie, se reconnaît, quand l'état de l'enfant, devenu plus grave, ne lui permet plus de crier, à ce qu'il porte instinctivement ses mains à sa tête.

Toutes les causes des congestions cérébrales sont des causes de céphalalgie, de pesanteur de tête, de vertiges : les douleurs ne sont jamais bien vives dans cette occasion. A cet ordre de causes se rattache l'abus des eaux acidules gazeuses, qui, prises en excès, réagissent

---

(1) *Journal général de Médecine*, t. CI, p. 36.

(2) *Lettres sur l'encéphale*, lett. 2e.

promptement sur le cerveau, déterminent des étourdissements, une légère ivresse, de la céphalalgie, de l'agitation, des syncopes, etc. On peut encore y rattacher la pléthore, soit générale, soit locale, qui est, suivant M. Pariset (1), une des causes les plus puissantes de céphalalgie. Ce grand écrivain, partant de cette idée, subdivise les céphalalgies en une infinité de variétés : ainsi, la céphalalgie est dite *menstruelle* quand elle précède ou accompagne les règles, ou bien survient, après leur cessation, aux époques où elles auraient dû arriver ; *hémorroïdale*, quand elle précède ou remplace des hémorroïdes retardées ou supprimées. Suivant le même auteur, la grossesse, en tant que déterminant la pléthore générale, est encore une cause de céphalalgie. Également, tout ce qui peut, sans augmenter la masse du sang, le raréfier et activer la circulation, produit des pléthores dont la céphalalgie est souvent le seul phénomène marquant. Ainsi, un exercice immodéré, soit à pied, soit à cheval, soit en voiture, l'abus des plaisirs vénériens, la colère, l'usage intempestif des préparations d'opium, doivent produire ce résultat.

La pléthore peut n'être produite que localement, à la tête, et occasionner ainsi des céphalalgies, par toutes les causes qui portent le sang vers la tête, ou s'opposent à son retour vers les cavités droites du cœur, comme les passions vives, les veilles, les travaux de l'esprit, l'asphyxie par le gaz acide carbonique, etc.

Une hémorrhagie cérébrale est quelquefois précédée d'une douleur de tête vive, et siégeant dans un point fixe du crâne, que l'on ne sait à quelle cause attribuer.

Dans la première période de l'encéphalite, le malade, s'il n'a pas entièrement perdu l'usage des facultés intellectuelles, accuse de la céphalalgie ordinairement du côté opposé à celui des contractions convulsives.

Une douleur de tête fixe se rencontre toujours dans le ramollisse-

---

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, article CÉPHALALGIE.

ment du cerveau; quand il survient de la paralysie, c'est du côté opposé à celui qui est le siége de la céphalalgie.

Les seuls symptômes qui puissent faire soupçonner l'existence des dégénérescences tuberculeuse ou squirreuse du cerveau sont des céphalalgies violentes, continues ou intermittentes, retentissant sous forme d'élancements dans tous les membres, et coïncidant avec une perte complète de connaissance, et des phénomènes spasmodiques des deux côtés du corps ou d'un seul. M. le docteur Salmade (1) rapporte une observation de céphalalgie, périodique d'abord, puis continue, qui finit par entraîner, après plusieurs mois, la perte du malade. A l'autopsie, on trouva une tumeur enkystée du lobe postérieur gauche du cerveau. Keutmann, de Dresde (2), qui paraît avoir le premier démontré la présence de calculs ailleurs que dans la vessie et les reins, rapporte une observation de céphalalgie chronique qui fut incurable, et dont la cause était une pierre, de la grosseur et de la forme d'une mûre, que l'on trouva dans le cerveau. Le professeur Lallemand, de Montpellier (3), cite plusieurs cas de céphalalgies opiniâtres, à la suite desquelles on trouva des abcès enkystés du cerveau.

Dans l'hystérie, il y a, au moment des accès, une douleur fixe dans un point très-limité de la tête, ordinairement à la région occipitale, qui fait éprouver à la malade la sensation d'un clou qu'on y enfoncerait: ce qui a fait nommer *clou hystérique* cette variété de céphalalgie.

Dans l'hypocondrie, la céphalalgie est pour ainsi dire permanente, et présente des redoublements au moment de la digestion.

Dans la manie et la monomanie, il y a presque toujours de la céphalalgie, quelquefois du délire: il n'y a rien de semblable dans la démence.

---

(1) *Journal général de Médecine*, t. 27, p. 153.

(2) *Histoire pragmatique de la médecine*, par Sprengel.

(3) Ouvrage cité, lettre IV, n°s 19 et 29.

La névralgie faciale est une céphalalgie des plus douloureuses, qui est fixée sur les branches faciales de la portion dure de la septième paire de nerfs, savoir, le nerf frontal, le nerf sus-orbitaire, le mentonnier, les dentaires supérieur et inférieur, et le naso-palatin.

Dans la période d'invasion ou deuxième période de la variole, il y a toujours de la céphalalgie sus-orbitaire et du brisement dans les membres.

Une forte céphalalgie partant de la région du tympan et de l'apophyse mastoïde, pour s'irradier dans presque tout le côté affecté, accompagne toujours l'otite interne aiguë.

Dans le coryza, la céphalalgie qui survient est gravative et avec sentiment de pesanteur dans les sinus frontaux.

Les contusions des téguments du crâne s'accompagnent souvent de céphalalgie, soit que les parties molles extérieures aient seules été lésées, soit que la violence du coup ait fait participer le cerveau à la contusion ; dans le dernier cas, la céphalalgie, symptomatique d'une encéphalite commençante, n'apparaît que du sixième au huitième jour.

Les fractures du nez, et en général celles de tous les os de la tête, ont rarement lieu sans amener une céphalalgie plus ou moins forte, qui disparaît le plus souvent avec la cause qui l'a produite.

Les exostoses, soit internes, soit externes, sont des causes puissantes de céphalalgie. Le professeur Lallemand, de Montpellier (1), cite plusieurs cas de malades atteints de céphalalgies opiniâtres, auxquelles même on avait donné, pendant la vie, le nom de *migraines*, et qui, à l'autopsie, ont présenté des saillies épineuses à l'intérieur du crâne. Pierre Frank (2) rapporte le cas d'une céphalée devenue mortelle, qui était causée par une excroissance osseuse très-aiguë de l'intérieur du crâne, près le repli falciforme de la méninge.

---

(1) *Lettres sur l'encéphale*, lettre 5, n° 12.

(2) *Journal général de Médecine*, t. LVII, p. 335.

Une céphalalgie assez intense est toujours la suite d'une conjonctivite aiguë; quelquefois même la douleur est telle, qu'il semble que le crâne soit trop petit pour contenir les parties qui y sont renfermées, et qui paraissent faire effort pour en sortir.

L'amaurose est quelquefois précédée par une douleur de tête fixe, profonde, obtuse, qui semble annoncer dans une partie du cerveau correspondant au chiasma des nerfs optiques, un travail de désorganisation. Plus tard, cette douleur disparaît quand la cécité est survenue.

Un sentiment habituel de fatigue et de pesanteur à l'un des yeux, une douleur fixe et continue au côté correspondant du crâne, sont les premiers symptômes du cancer de l'œil.

La céphalalgie peut souvent être symptomatique d'une maladie du sinus maxillaire : ainsi, dans l'inflammation de la muqueuse qui en tapisse l'intérieur, une douleur fixe, profonde, occupe l'intérieur de la face, et s'accompagne de pulsations insupportables qui retentissent dans toute la tête. Les mêmes phénomènes se reproduisent dans les abcès et les polypes de ce sinus, ainsi que dans les polypes des fosses nasales : dans ce dernier cas, la douleur est surtout fixée vers la racine du nez et les sinus frontaux.

La céphalalgie peut encore être symptomatique de la carie des dents, suivant Fabrice de Hilden et Durwin; d'un amas de pus dans les sinus, suivant Nicolaï, Schrader, et Lieutaud; de la carie et des exostoses des sinus, suivant Vogel; de la présence de vers dans ces sinus, suivant Langes et César Magati (1); de l'inflammation des sinus frontaux, suivant Caron d'Annecy (2).

M. Pariset admet une céphalalgie qu'il appelle *séreuse*, et qui, suivant lui, serait le résultat, ou d'hydropisies générales auxquelles le cerveau participe, ou de métastases d'hydropisies partielles. Il en ad-

(1) *Journal général de Médecine*, t. XLV, p. 331.

(2) *Idem*, *ibid.*, t. XL, p. 369.

met de métastatiques, par transport de la cause rhumatismale ou goutteuse vers la tête (1). Ces céphalalgies augmentent la nuit, et le plus souvent n'affectent qu'un seul côté. Enfin, l'éloquent auteur des *Éloges historiques de Bertholet et de Corvisart*, dans son article CÉPHALALGIE du *grand Dictionnaire des sciences médicales*, en admet encore de symptomatiques d'une affection nerveuse des voies digestives, comme, par exemple, celles qui survivent aux traitements de l'empoisonnement par les sels de plomb, de cuivre, de mercure.

Jusqu'à présent nous n'avons recherché les causes que des céphalalgies symptomatiques, et nous avons vu que, bien qu'elles soient, pour ainsi dire, innombrables, on peut le plus souvent y remonter, et par conséquent tracer, d'après leur connaissance, un traitement rationnel. Il n'en est pas de même de celles de la céphalalgie idiopathique, de la migraine : aucune ne nous est connue d'une manière bien nette, et leur mode d'action surtout nous échappe. Nous allons cependant tâcher d'énumérer les influences sous lesquelles l'expérience a démontré que l'on voyait le plus souvent naître ou récidiver cette affection; et nous les diviserons, comme précédemment, en prédisposantes et occasionnelles.

Les causes prédisposantes de la migraine ont été en général assez bien observées; elles sont propres à l'individu et résident en lui, ou bien elles lui sont étrangères.

Comme causes prédisposantes propres à l'individu, on doit noter :

1° *L'hérédité.*—Tissot, et la plupart des auteurs qui ont écrit depuis sur la migraine, la regardent comme héréditaire : dans les cas où l'influence de cette cause prédisposante se manifeste d'une manière incontestable, on voit survenir la maladie de très-bonne heure, souvent vers l'âge de sept à huit ans, le plus ordinairement de treize à quinze, quelquefois vers dix-huit ou vingt, rarement plustôt que sept ans, bien

(1) «Dolores capitis sæpè signum sunt arthritidis prænuntium.» (KLEIN.)

que Tissot dise avoir vu des personnes qui ne pouvaient se rappeler à quel âge elles avaient eu le premier accès, rarement plus tard que vingt-cinq. Il paraît même que les sujets chez lesquels existe une prédisposition héréditaire à la migraine, peuvent se considérer comme hors de ses atteintes, quand ils sont parvenus à cet âge sans en avoir éprouvé de symptômes.

Observons encore, à propos de l'influence de l'hérédité, que la migraine paraît se développer le plus souvent de meilleure heure chez les sujets prédisposés héréditairement, que chez ceux qui ne le sont pas; mais que cependant ce n'est pas une règle sans exception, puisqu'on en voit souvent se développer en bas âge, sans qu'elles tiennent à la cause dont nous parlons.

2° *Les âges.*— Ainsi que nous venons de le voir, les âges ne sont pas absolument sans influence. Ajoutons que l'âge critique est pour les femmes une incontestable prédisposition à la migraine; bien des fois (1) on a vu, à cette époque de la vie, les règles être remplacées par des migraines opiniâtres revenant chaque mois avec la plus cruelle régularité.

3° *Le sexe.*— Les femmes ont encore le triste privilége d'être beaucoup plus sujettes à la migraine que les hommes; cela tient à la prédominance du système nerveux chez elles, à leur genre de vie, qui les expose à une foule de contrariétés et de chagrins qu'elles sont obligées de dévorer en secret, et aussi à leurs habitudes sédentaires, qui augmentent encore une susceptibilité nerveuse, en général beaucoup plus prononcée chez elles que chez l'homme.

4° *Les tempéraments.*— Celui que l'on appelle *nerveux*, y prédispose plus que le tempérament lymphatique et le tempérament sanguin.

5° *Une grande susceptibilité des voies digestives.* — Lepois (père), au commencement du XVIIe siècle, attribuait toutes les migraines à une affection de l'estomac : Tissot attribuait aussi une grande influence à

---

(1) WEPFER, *Observat. medico-pract. de affect. capitis.*

ce viscère sur la production de la maladie. M. Piorry (1), dans un très-bon mémoire où il envisage la migraine sous un point de vue entièrement neuf, remarque que c'est ordinairement dans deux conditions de l'estomac qu'elle se déclare : ou bien lorsqu'il est rempli d'aliments, ou bien lorsque la faim se prononce avec intensité. C'est surtout au moment de la digestion stomacale que, souvent, la plus légère influence suffit pour déterminer cette maladie.

Les causes prédisposantes qui ne sont pas inhérentes à l'individu lui-même, sont :

1° *Les influences atmosphériques.* — On a vu plus d'une fois l'état du ciel surchargé, dans un court espace de temps, d'électricité, un orage éclatant au milieu d'une journée d'été, occasionner à des personnes déjà prédisposées par un tempérament nerveux un malaise indéfinissable d'abord, puis bientôt après tous les symptômes d'une violente migraine.

Rânh (2) dit avoir observé, en étudiant attentivement l'influence de l'atmosphère sur les maladies chroniques, que l'humidité produit des exacerbations dans ce qu'il appelle les céphalées, qui, d'après sa description, ne sont autre chose que ce que nous appelons migraine.

Suivant Fodéré (3), dans quelques circonstances, la migraine suit d'une manière constante les mouvements diurnes du soleil. Cet auteur dit avoir connu une dame extrêmement sujette à cette maladie, dont les accès commençaient toujours avec le lever du soleil, et se dissipaient à son coucher : les attaques étaient plus fortes aux époques de l'année où le soleil reste plus longtemps sur notre horizon, et pendant les jours les plus sereins.

M. Prunelle (4) rapporte une observation de migraine périodique

(1) Mémoire *sur la migraine*, 1831.

(2) Dissertation sur la sympathie qui existe entre la tête et les viscères abdominaux, *Journal de Médecine*, t. XVIII, p. 257.

(3) *Physiologie positive appliquée à la Médecine pratique.*

(4) *Journal général de Médecine*, t. LI, p. 108.

qui commençait au lever du soleil, augmentait jusqu'à midi, et diminuait alors jusqu'à son coucher, moment où elle disparaissait. C'est le seul cas authentique que l'on trouve dans les auteurs, d'une influence aussi marquée de la lumière sur la production et le développement de la migraine.

2° *Les professions.*—L'homme actif et laborieux, livré sans cesse à de rudes travaux, est ordinairement exempt de migraine, tandis qu'elle est très-commune chez les gens de cabinet, chez les savants, chez les hommes de lettres. C'est ce qui a donné lieu à ce dicton populaire, que *la migraine est le mal des beaux esprits,* dicton qui, malheureusement, n'est pas toujours l'expression de la réalité. En effet, ne voit-on pas des campagnards, dont les travaux sont souvent exténuants, en être atteints quelquefois? Et, d'autre part, tous ceux qui souffrent de migraines sont-ils bien exactement dans les conditions du proverbe? Il faut le désirer, ce serait une grande consolation pour les nombreux malades qui sont sujets à cette affection.

Causes déterminantes de la migraine. — Ceux des anciens auteurs qui ont écrit sur la migraine étaient loin d'être d'accord sur les causes déterminantes de cette maladie. Nous avons vu que le doyen de Pont-à-Mousson, Charles Lepois (Carolus Piso), l'attribuait à un amas de sérosité âcre remontant de l'estomac vers la tête.

Hoffmann pensait qu'elle était occasionnée par la difficulté de la circulation du sang qui distendait outre mesure les vaisseaux du cerveau. On ne peut nier, dit M. le docteur Jules Pelletan, que cette cause n'ait quelquefois produit des migraines chez des individus sanguins habitués à des hémorrhagies nasales ou anales; mais ces migraines étaient alors causées par la pléthore; et ces cas sont excessivement rares, parce que, la plupart du temps, en pareille circonstance, ce sont de simples céphalalgies qui se déclarent.

Willis en cherchait la cause dans un vice des esprits animaux. Mais d'abord, pour que les esprits animaux fussent viciés, il fallait prouver leur existence. Or, qu'était-ce que les esprits animaux? Un fluide in-

saisissable, émanant du cerveau, et se répandant à travers les cordons nerveux, comme par autant de fils conducteurs, dans toutes les parties de l'économie; dans l'hypothèse, impossible à prouver, où les deux substances constitutives du centre nerveux cérébro-spinal, la substance grise et la substance blanche, jouant le rôle l'une de pôle positif, l'autre de pôle négatif, formeraient, par leur contact intime, les deux éléments d'une pile.

Le professeur Lallemand, qui rapporte, dans ses *Lettres sur l'encéphale*, plusieurs observations de céphalalgies périodiques, d'hémicranies, de migraines, en attribue la production, tantôt à une méningite chronique, tantôt à un abcès enkysté du cerveau, tantôt à des saillies épineuses dans l'intérieur du crâne. Il me semble impossible de considérer comme de véritables migraines les affections dont parle le savant professeur de Montpellier: ou bien s'il y a eu de véritables migraines, elles n'ont certes pas été occasionnées par les lésions que nous venons de citer: tout au plus les migraines auront-elles pu, en déterminant, par leurs récidives, une irritation sans cesse renouvelée vers la tête, contribuer à la formation des lésions pathologiques rapportées dans les *Lettres sur l'encéphale*.

Schobelt (1) pense que la migraine dépend le plus souvent d'une cause rhumatismale, qui se fixerait sur une partie quelconque de la tête. Deschamps fils (2) est à peu près du même avis, si ce n'est qu'il assigne à la maladie un siége spécial, qui, selon nous, est loin d'être unique, c'est-à-dire qu'il décrit comme seule migraine ce qui n'en est qu'une variété.

Suivant Bordeu, elle dépend à la fois, et d'une inflammation de la membrane pituitaire et d'un vice de l'estomac.

M. le docteur Chavoix d'Excideuil (3) se prononce pour une irritation chronique de l'estomac, qui serait, suivant lui, la seule cause de la

(1) *Tractatio de hemicraniâ*, Berlin, 1776.
(2) *Maladies des fosses nasales et de leurs sinus*, p. 213.
(3) *Recueil des Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1827, n° 182.

migraine. Il dit, pour le prouver, que les fonctions de cet organe sont toujours troublées à l'approche des accès et pendant leur durée, et cite le cas de Haller, qui, atteint lui-même de migraine, se guérit par l'usage prolongé de l'eau pour toute boisson. Nous aurons plus tard occasion de discuter ce fait, et de voir si, de ce que Haller, bien évidemment atteint de migraine, s'en débarrassa en buvant de l'eau, on peut conclure rigoureusement qu'il était affecté en même temps de gastrite chronique.

Ce n'est pas que nous voulions nier que, dans aucun cas, la migraine ne reconnaisse pour cause une lésion de l'estomac; non assurément: Cœlius Aurelianus avait bien reconnu l'efficacité de cette cause, Alexandre de Tralles également; et à cet égard, on sait que leurs idées ont été confirmées depuis par l'expérience d'une foule de médecins. Mais que Tissot, qui parle dans ses œuvres d'une foule d'observations analogues, en ait été tellement frappé, qu'il n'admette pas d'autre cause comme point de départ de la migraine, c'est une opinion à laquelle nous ne saurions nous rendre, malgré l'autorité d'un grand nom : car il est bien certain que, dans le nombre de ces observations, il s'est trouvé plusieurs cas dans lesquels l'affection gastrique a été consécutive à une ou plusieurs migraines; et dans plusieurs autres, il est impossible de savoir laquelle des deux affections a été consécutive à l'autre.

Les coups et les chutes sur la tête peuvent être quelquefois une cause de migraine. Bonnet cite un cas que lui avait communiqué Maurice Hoffmann, qui l'avait observé sur lui-même, et qui prouve que cette maladie peut survenir à la suite d'une lésion extérieure. Maurice Hoffmann, vers l'âge de quatre ou cinq ans, fit une chute dans laquelle il se heurta très-fortement l'arcade surcilière droite. La cicatrice qui résulta de la plaie fut considérable, et à peine l'enfant fut-il guéri, qu'il fut pris, à divers intervalles, de migraines intolérables qui occupaient la partie droite de la tête, et qui ne le laissaient en repos que lorsqu'il était survenu des vomissements bilieux ou une hémorrhagie nasale : du reste ces exemples sont fort rares.

M. le professeur Rostan croit la migraine toujours consécutive à une lésion du cerveau existante ou cachée, parce que, dit-il (1), rien n'arrive pour rien. Assurément nous ne prétendons pas qu'il y ait dans la nature d'effet sans cause; mais connaît-on toutes les causes de tous les effets qui se déroulent à nos yeux dans le vaste panorama de l'univers ? Et, parce qu'il n'y a pas d'effet sans cause, et qu'on ne connaît pas la cause d'un effet connu, s'ensuit-il qu'on doive attribuer à cet effet une cause qui ne lui appartient pas, et qui ne rend pas compte des phénomènes qu'on voudrait lui faire expliquer ? Quelle serait en effet la lésion du cerveau qui expliquerait, entre autres phénomènes caractéristiques de la migraine que nous analyserons en nous occupant de ses symptômes, l'intermittence des accès et la forme presque toujours apyrétique de la maladie ? Nous croyons qu'il vaut mieux, quand on ignore une chose, convenir qu'elle a jusqu'alors échappé à nos investigations, et demeurer, l'œil attentif, la pensée vigilante, avec l'espoir que de nouveaux efforts parviendront peut-être à écarter le voile qui nous la dérobait.

Ce qu'il y a de certain, c'est que toutes les causes qui paraissent de nature à appeler une légère sur-excitation, soit vers les centres nerveux eux-mêmes, soit vers les extrémités nerveuses épanouies dans les organes des sens, doivent être considérés comme pouvant, chez les personnes prédisposées, déterminer un accès de migraine. Ainsi, les veilles prolongées, la résistance au sommeil, un réveil brusque plus tôt que d'habitude, en refusant au cerveau fatigué par des impressions multipliées un calmant qu'il réclame impérieusement, occasionnent souvent une migraine. Je connais une dame qui ne peut être accidentellement réveillée avant son heure habituelle, sans en être atteinte.

Chacun sait qu'il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir impunément se procurer le plaisir d'assister à certaines représentations théâtrales où la gloire française est journellement célébrée avec fracas et fumée. Et combien n'est-il pas d'excellents citoyens, de patriotes

(1) *Cours de Médecine clinique, prolégomènes*, 2e édition.

éprouvés, que l'imminence d'une migraine, infailliblement déterminée par le bruit inusité du tambour et de la musique militaire, empêche forcément de prendre part à nos fêtes civiques, et de se joindre à leurs compagnies dans les jours de grande revue!

Le sens de l'odorat, si développé chez quelques personnes, devient souvent pour plusieurs une source de migraines. Rien de plus commun que de voir les odeurs de l'essence de térébenthine, du lis, de l'essence de roses, de l'essence d'anis, du musc, de la valériane, etc., etc., déterminer de violents accès de cette maladie : les fleurs, surtout celles qui exhalent une odeur forte, suave ou non, produisent souvent le même effet. Je dis souvent; car, dans certains cas, les fleurs ont une autre action. On sait que les parties vertes des plantes absorbent, sous l'influence de la lumière solaire, l'acide carbonique incessamment versé dans l'air par la respiration des animaux, la décomposition des matières organiques, etc., etc.; qu'elles décomposent cet acide carbonique, s'assimilent son carbone qui sert à leur nutrition, pour reverser dans l'air son oxygène, et contribuer ainsi à entretenir la pureté de l'atmosphère nécessaire à notre existence. Un phénomène inverse a lieu la nuit : en l'absence de la lumière solaire, les parties vertes des plantes n'absorbent plus que l'oxygène de l'air, qui, par cette soustraction du principe respirable, se trouve moins propre aux fonctions du poumon, et de plus, n'exhalent alors que de l'acide carbonique, qui ajoute incessamment à l'impureté de l'atmosphère. Or, d'après ces données, on voit tout d'abord qu'une personne couchée dans une chambre bien fermée, dans laquelle se trouveront plusieurs vases ou corbeilles de fleurs, pourra, ou bien en raison de l'action de leur odeur sur les expansions capillaires du nerf olfactif, être atteinte de migraine plus ou moins violente; ou bien en raison de la quantité toujours croissante d'acide carbonique, et décroissante d'oxygène de l'air qu'elle respire, être frappée d'une congestion cérébrale, accompagnée et précédée d'une indispensable céphalalgie.

Les émanations animales ont aussi, quoique moins souvent, la propriété de déterminer des accès de migraine, chez des individus prédis-

posés. Un honorable académicien, l'un des plus brillants écrivains que possède la littérature médicale, médecin des hôpitaux, ne peut pas assister à une autopsie, sans être pris à l'instant de vomissements et de migraine : les mêmes phénomènes apparaissent chez lui, si l'on a négligé de ventiler très-abondamment, avant la visite, les salles de son service. Les efforts les plus constants, tentés avec la plus grande persévérance, pendant plusieurs années, n'ont pu détruire cette fâcheuse prédisposition. Une seule fois, les précautions hygiéniques que j'ai indiquées ne furent pas prises; et pourtant ce médecin, si étrangement susceptible, ne fut pas incommodé : ce jour-là (c'était dans l'été de 1825) on avait fait dans les salles un arrosage d'eau légèrement chlorurée.

M. Piorry, dans son excellent mémoire sur la migraine, pense que tout ce qui contribue à troubler ou fatiguer la vision, surtout lorsque l'estomac est dans un état particulier de souffrance, peut ramener un accès. Il cite le fait d'un médecin qui éprouvait fréquemment cette affection, en faisant, à deux heures, une leçon de médecine. Il avait coutume de déjeuner à une heure, et de lire ses notes écrites dans un caractère très-fin, en se rendant à son amphithéâtre. Il cesse de faire cette lecture pendant huit jours, il n'a pas de migraine; le neuvième, il relit ses notes, elle reparaît. Il est un mois sans se livrer à cette étude, et, pendant un mois, il n'a pas la migraine, qui revient le jour où il recommence comme par le passé. Depuis, il a fait une multitude de fois l'expérience, et il lui suffit de lire quelques lignes au moment de la digestion stomacale pour déterminer un accès.

Deux jeunes dames, qui souvent passaient une partie de la nuit à lire des nouveautés, étaient prises, le lendemain matin, aussitôt que la lumière du jour venait frapper leurs yeux fatigués, d'éblouissements suivis de migraine. Ici, l'action de la cause n'est peut-être pas aussi évidente que dans le cas précédent; car on ne sait pas de quelle nature étaient ces lectures si pleines d'intérêt; et s'il est constant que la fatigue de l'œil a pu déterminer des accès de migraine, il ne l'est pas moins, pour nous, que cette maladie a pu dépendre d'une sur-excitation céré-

brale, qu'expliquerait très-bien la lecture prolongée de quelqu'une de ces productions d'une littérature frénétique, contre laquelle une juste réaction se manifeste aujourd'hui.

Siége. Symptômes.

Le symptôme le plus constant, celui qui sert à dénommer la maladie, c'est la douleur de tête : cette douleur peut être partielle ou générale; elle peut offrir de nombreuses variétés, et s'accompagner ou non de quelques autres désordres.

Les parties qui sont le siége le plus ordinaire de la céphalalgie sont le front, le sommet de la tête, les tempes, l'occiput, et le fond des orbites. Tantôt la douleur est bornée à un seul côté, le gauche, suivant Juncker; tantôt elle est circonscrite, et n'occupe qu'un point très-resserré, comme dans le clou hystérique : chez les uns, elle se fait sentir dans toute l'étendue de la tête; chez d'autres, elle suit un trajet circulaire, et forme une espèce de bandeau.

Quel est le point de départ de cette douleur ? C'est encore un sujet sur lequel les auteurs sont très-divisés, même aujourd'hui.

Galien, et depuis, M. Pariset, en placent l'origine successivement dans le périoste cranien, dans les membranes qui enveloppent le cerveau, et dans le cerveau lui-même.

Dans certains cas, où la douleur occupe surtout le bas du front et la racine du nez, Sauvages, et après lui Devilliers et Deschamps fils, lui assignent pour siége primitif et point de départ, les membranes qui tapissent l'intérieur des sinus frontaux. Il est certain qu'il y a des cas où la douleur atteint d'abord ce point de la tête, puis se répand ensuite dans les autres régions de cet organe; et d'autres où elle est et reste circonscrite à la région des sinus frontaux.

Nous pensons avec M. Jolly que le cerveau est constamment et nécessairement affecté dans le phénomène de la céphalalgie; mais que, dans aucun cas, il ne ressent lui-même la douleur qu'il perçoit; sauf toutefois les cas de lésions pathologiques de cet organe lui-même,

comme le développement de tumeurs, d'abcès enkystés, etc., etc., dans sa propre substance. Cette propriété singulière, qui rend le cerveau impassible à toute sensation naturelle ou accidentelle, est, dit-il, un des faits les mieux constatés de la pathologie et de la physiologie expérimentale. Toutes les sensations sont rapportées par le centre de perception, aux extrémités nerveuses qui en reçoivent les premières impressions : ainsi, le cerveau entend dans l'oreille, goûte dans la bouche, sent les odeurs dans le nez, et le froid à la peau.

Quand la céphalalgie n'est qu'un symptôme ou un résultat d'une autre affection coexistante, le siége et la nature des douleurs, qui varient en général beaucoup, permettent quelquefois de saisir les rapports qui existent entre la maladie de cet organe et le siége qu'affecte la céphalalgie. Ainsi, on remarque que les affections de l'appareil digestif donnent lieu à la céphalalgie frontale ou sus-orbitaire ; que les maladies de l'appareil utérin s'accompagnent de céphalalgie sincipitale. Fodéré a même constaté que certaines formes de dyspnée avec tendance au suicide, s'accompagnent de céphalalgie occipitale. Plus tard, à l'article du diagnostic différentiel, nous reviendrons sur ce point important de pratique.

Quant à la céphalalgie idiopathique ou migraine, maladie apyrétique de sa nature, essentiellement caractérisée par des accès revenant à des intervalles variés, se révélant par des douleurs particulières du crâne, auxquelles viennent bientôt se joindre des nausées et des vomissements, et se terminant, après un temps plus ou moins long, par quelques symptômes critiques, sans laisser après eux aucune trace dans l'économie, c'est surtout vers les accès qu'il nous faudra porter notre attention.

Ces accès peuvent débuter brusquement, ou être précédés de symptômes précurseurs ou prodromes.

Prodromes. — Les symptômes précurseurs, quand la migraine en a, sont marqués par deux ordres de phénomènes : les uns portent sur le système nerveux, les autres sur l'appareil digestif.

Ainsi, avant l'accès, le malade est saisi d'une tristesse, d'une mélancolie à laquelle il ne peut se soustraire; il a du frisson, des horripilations, la chair de poule, des bâillements, des lassitudes que rien ne motive. Tissot cite un cas de véritable migraine, dans lequel l'accès était annoncé par de la tristesse et de l'humeur, quelques jours avant son apparition. Au moment où la migraine allait commencer, le malade était saisi par un froid excessif.

Chez quelques sujets, on observe comme prodrome une surdité en général assez légère, quelquefois pourtant plus forte. Tissot a vu un malade qui était dans ce cas : il éprouvait une espèce de surdité vingt-quatre heures à l'avance; un autre avait, plusieurs heures avant l'accès, de l'aversion pour le tabac, qu'il aimait beaucoup quand il se portait bien. M. le docteur J. Pelletan dit avoir été témoin d'un cas analogue, observé sur un individu de la campagne. Du reste, ces exemples ne sont pas très rares.

Du côté de la vision, il y a aussi quelques troubles, tels que des nuages d'abord, des éblouissements, de l'obscurcissement dans la vue, de la dilatation dans la pupille; tous symptômes précurseurs que M. Piorry affirme être constants, et qu'il a décrits avec un soin trop minutieux dans son mémoire, pour ne pas les avoir observés sur lui-même.

Les prodromes de la migraine qui portent sur l'appareil digestif, lequel, ainsi que nous l'avons vu précédemment, n'est souvent pas étranger à son développement, sont les suivants : l'appétit se perd, il survient de la dyspepsie, des rapports acides, de la pesanteur d'estomac; dans certains cas, il y a une faim beaucoup plus prononcée que de coutume. Tissot cite, comme exemple de ce fait, une observation de Willis; elle est relative à une jeune femme, fort sujette à la migraine, à laquelle ce dernier donnait des soins : chez cette malade, les accès étaient précédés, la veille, par une faim vorace. Le lendemain il y avait des rapports acides, des vomissements, et la douleur de tête survenait.

Une fois que les phénomènes précurseurs sont passés, l'accès sur-

vient; il survient aussi quelquefois sans prodromes : dans l'un comme dans l'autre cas, il a à peu près la même intensité; il débute par la douleur de tête. Cette douleur ne ressemble pas, suivant les malades, aux autres douleurs qu'ils ressentent parfois à la tête : d'abord vague et obscure, elle augmente peu à peu et finit par devenir atroce. Ainsi, ils caractérisent ce qu'ils éprouvent par les expressions de chaleur, de tension, de pesanteur, de serrements des tempes, de fourmillements, de picottements, d'élancements, de déchirements, de pulsations : il semble à quelques-uns que leur tête éclate, qu'on la leur brise à coups de marteau, qu'on leur enfonce dans le cerveau des pointes acérées; quelques-uns éprouvent des chaleurs et un bouillonnement dans la tête, tels qu'ils croient leur cervelle en ébullition; d'autres entendent dans l'intérieur de leur tête un grand bruit, des sifflements, des bourdonnements, des frottements continuels assez semblables à un bruit de râpe, des détonations. Il en est qui s'imaginent avoir la tête comprimée et appesantie par une calotte de plomb, ou bien percée avec une vrille : dans ce dernier cas, la douleur est dite térébrante; quelquefois la peau est douloureuse à la pression, et les cheveux ne peuvent être touchés sans que les souffrances en soient augmentées. Quand les douleurs ont pour siége la racine du nez et des yeux, elles sont profondes, lancinantes; elles pressent l'œil comme dans un cercle de fer, compriment la racine du nez comme dans un étau, troublent les mouvements de l'œil, dessèchent la narine, produisent des horripilations dans toutes les parties environnantes.

Rien n'est plus variable, du reste, que le siége et le caractère de ces douleurs; chacun souffre, pour ainsi dire, à sa manière.

Le plus communément pourtant la douleur n'occupe qu'un des côtés de la tête, et revient à des intervalles plus ou moins éloignés et toujours du même côté : de là son nom d'hémicranie périodique. Cependant Tissot a publié le fait d'une migraine revenant tour à tour, un accès d'un côté, le suivant de l'autre côté. Quelquefois la douleur se montre des deux côtés à la fois : mais ces cas sont infiniment plus rares que les précédents, et même, alors qu'elle se montre des deux

côtés simultanément, on a observé qu'un des côtés est plus affecté que l'autre.

Le mal de tête, tantôt atteint de suite sa plus grande intensité, tantôt n'y arrive que graduellement : une fois qu'il y est parvenu, il persiste à ce haut degré pendant un temps plus ou moins considérable, ordinairement plusieurs heures, puis décroît, et puis enfin tout cesse. Dans le moment de la plus grande intensité de l'accès, les douleurs sont insupportables ; le malade recherche l'obscurité, le silence, le repos. Cependant on cite quelques cas tout à fait exceptionnels, où l'accès était abrégé par un exercice violent, la promenade en voiture.

La douleur peut aussi ne pas demeurer fixe, là où elle s'est d'abord montrée : elle peut s'irradier vers la face, vers la bouche. Dans ce cas, le malade ne peut écarter les mâchoires, et l'articulation des sons devient impossible, en raison de l'augmentation de douleur qui en résulte. Enfin on la voit quelquefois s'irradier au sinciput, derrière la nuque, aux épaules, et même au bras.

Plusieurs autres phénomènes peuvent se montrer pendant l'accès, mais ils peuvent aussi manquer : on les remarque surtout lorsque celui-ci présente une grande violence. Ils se manifestent soit du côté du système nerveux, soit du côté des voies digestives, soit du côté du système circulatoire général ou capillaire, soit enfin du côté des sécrétions.

Troubles du système nerveux. — Dans certains cas de migraine très-intense, on observe du délire pendant le paroxysme : c'est un résultat de la violence des douleurs, qui doit être distingué avec soin de celui qui marque le début d'une méningite. Du reste, cette complication s'observe très-rarement. On voit survenir quelquefois des mouvements convulsifs soit partiels, ce qui est le plus commun, soit généraux, ce qui est infiniment plus rare. Ils peuvent avoir pour siége les muscles de la région occupée par la céphalalgie. Tissot en cite quelques exemples : MM. J. Pelletan et Piorry en ont également vu plusieurs : les muscles voisins en sont aussi affectés parfois; alors on voit des

tremblements des paupières, un tiraillement particulier de l'angle externe de l'œil, une contraction violente des muscles du cou; alors la tête est ou renversée en arrière ou inclinée latéralement, et, dans quelques cas, le malade ressemble à un individu atteint de tétanos. Enfin on a observé des mouvements convulsifs des muscles abdominaux, et même de tous les muscles de l'économie. Ces accidents du reste n'avaient pas de suite, et disparaissaient quand les douleurs qui leur avaient donné naissance venaient à diminuer.

La sensibilité est presque toujours modifiée dans quelqu'un de ces organes; ainsi, dans les membres, on remarque du froid, surtout aux pieds, des fourmillements que la marche augmente; il y a un sentiment de fatigue, de courbature générale, un invincible besoin de repos, une tendance marquée au sommeil. Dans la vue, il y a un trouble insolite; les objets sont environnés d'une sorte de brouillard, qui fait que l'état de ce sens, dans les accès, a beaucoup d'analogie avec celui dans lequel le place l'administration de la belladone. D'autres fois, l'examen de l'œil fait reconnaître un resserrement marqué de la pupille, et par conséquent une expansion de l'iris, et de plus une rougeur vive de l'une et de l'autre paupière; alors le malade ne voit plus que la moitié des objets. L'ouïe, l'odorat, le goût, sont aussi modifiés de diverses manières; en un mot, tous les sens sont altérés et dans un état de susceptibilité extrême.

Troubles de l'estomac. — Le phénomène le plus fréquent est le vomissement: il est précédé de nausées; sa fréquence et son intensité sont en raison directe de l'intensité de l'accès: les vomissements peuvent avoir lieu au début, pendant la durée du paroxysme, ou à la fin. Quand ils se montrent à la fin, ils s'accompagnent ordinairement d'un soulagement marqué. Il n'en est pas toujours ainsi: souvent, après un premier vomissement, la douleur se réveille plus forte que jamais, jusqu'à ce qu'il en survienne un autre, et quelquefois cela se répète cinq, six fois et même plus encore, à des intervalles différents. Mais, en général,

l'accès se termine d'autant plus promptement que les vomissements se font moins attendre et sont plus complets.

La circulation générale se fait normalement au commencement des accès, mais à mesure que les douleurs augmentent, le pouls est plus développé; il devient dur, fréquent. D'autres fois il est petit, serré, contracté et quelquefois insensible, au moment où les douleurs ont le plus d'intensité; il se développe un peu dans les grands efforts de vomissement et se ralentit souvent après d'une manière marquée.

Les malades éprouvent, du côté de la circulation capillaire, des accidents qui semblent dus à des congestions : ainsi, à mesure que la céphalalgie s'accroît, on observe ces congestions sur quelques parties, ordinairement sur la face qui rougit, bleuit et fait paraître l'individu comme à demi asphyxié : les conjonctives sont injectées et même dans certains cas ecchymosées.

Enfin plusieurs des sécrétions sont modifiées : dès le commencement de l'accès il survient un ptyalisme, une salivation plus abondante que de coutume; l'écoulement des larmes est beaucoup augmenté, soit pendant, soit plutôt vers la fin du paroxysme; la bile est sécrétée en plus grande abondance que de coutume, et on cite un cas où un malade était pris de jaunisse toutes les fois qu'il avait la migraine. Cet accident durait un certain temps, puis disparaissait, soit après un léger repas, soit après un profond sommeil de quelques heures.

Marche, durée, terminaisons, pronostic.

La marche, la durée, les terminaisons, le pronostic de la céphalalgie symptomatique sont ceux des maladies dont elle est le symptôme, il ne peut donc en être question dans ce travail.

La migraine, ou céphalalgie idiopathique, après avoir duré un certain temps, cesse ordinairement après le vomissement, le repos au lit dans le silence le plus complet, surtout si le sommeil vient s'y joindre. Alors les douleurs se calment peu à peu, et le malade se réveille

guéri, et ne ressent plus de sa maladie qu'une fatigue, une sorte de courbature, et un peu de pesanteur et de gêne dans la tête.

Quelquefois on observe comme phénomène critique, à la fin de chaque accès, des évacuations naturelles ou accidentelles, telles que des sueurs abondantes, des hémorrhagies nasales, un larmoiement abondant, des flux par les narines, etc., etc. Wepfer rapporte l'histoire d'une dame dont les accès se terminaient par un larmoiement abondant de l'œil du côté duquel avait été la migraine, et quelquefois par un écoulement de sérosité de la narine correspondante. Le docteur Caron d'Annecy (1), qui habite un pays annuellement atteint de fièvres intermittentes, a observé que ces maladies, ayant à peu près manqué une année, furent remplacées par une épidémie de céphalalgies périodiques très-violentes, accompagnées de vertiges, et qui se jugeaient par un écoulement de narines assez abondant pour faire croire à la rupture d'abcès.

Souvent, à la fin des accès, on observe que l'urine est limpide et plus abondante que de coutume.

La durée des accès n'a rien de fixe; elle varie depuis deux heures jusqu'à trente-six heures, et même deux jours : on en observe rarement qui dure plus de deux jours; cependant il en existe des exemples bien avérés : Tissot parle d'un accès qui avait duré soixante-seize heures; j'en ai vu plusieurs chez la même personne, qui avaient duré trois jours, et un seul qui en avait duré cinq : jusqu'au dernier jour, dans tous ces cas, la maladie conserva la même intensité. Fordyce, dit M. Pelletan, affirme avoir vu des accès qui duraient deux, trois, quatre jours, et d'autres qui ne finissaient pas. Il est probable que, dans ce dernier cas, il y avait erreur; car on sait qu'un des principaux caractères de la migraine est de paraître sous forme d'accès, séparés par des intervalles plus ou moins longs d'une santé parfaite. Nous pensons, avec Tissot, que les accès durent, terme moyen, de dix à

(1) *Journal général de Médecine*, t. xl, p. 369.

quinze heures, à peu près aussi longtemps que le soleil reste sur l'horizon, ainsi que M. Double, de l'Institut, l'a fait remarquer dans le *Journal général de Médecine*. Doit-on, avec ce savant académicien, avec Fodéré (ouvrage cité), voir dans cette coïncidence une relation de cause à effet, ou bien n'y considérer qu'une singularité? c'est ce que nous ne saurions dire, le nombre d'exemples analogues étant trop restreint pour nous permettre d'en tirer une conclusion, une règle générale.

La migraine survient en général de bonne heure, de sept à huit ans, quelquefois plutôt, mais rarement. Elle augmente de quinze à vingt-cinq ou trente ans; de trente à cinquante-cinq elle est dans sa plus grande force : alors elle diminue, et vers soixante ans elle disparaît entièrement dans les cas les plus ordinaires. Cependant il y a de nombreuses exceptions à ce que nous avançons ici. Il y a des personnes qui en ont été atteintes de si bonne heure qu'elles ne retrouvent pas dans leurs souvenirs une époque de leur existence qui en ait été exempte. Il en est qui n'en sont atteintes que vers le temps où elles cessent d'être réglées; la migraine remplace les règles, dure le même nombre de jours que durait cette évacuation, puis disparaît pour revenir le mois suivant. D'autres enfin en sont débarrassées beaucoup plus tôt, et, après en avoir souffert toute leur enfance et une partie de leur jeunesse, n'en éprouvent plus d'accès après trente ans.

La fréquence des accès est-elle régulière? Ceux-ci reviennent-ils à des époques fixes, et qu'on peut toujours prévoir? En général, non. Cependant il y a de nombreuses exceptions : plusieurs fois on les a vus prendre un type régulier : on a voulu établir quelques règles à cet égard, et l'on a dit que les vraies migraines revenaient rarement moins de quatre fois par an, et plus de douze; cette règle n'a rien de positif. Un ancien auteur (1) rapporte le cas d'un dominicain qui fut tourmenté pendant trois ans sept mois d'une migraine qui revenait tous

(1) Salius, *ad altomari prax*, cap. 10.

les huit jours presque à la même heure, et occupait la région du muscle temporal. Elle durait trente heures, pendant lesquelles ce malade ne pouvait prendre aucune nourriture. Hors le temps des accès, il jouissait d'une santé parfaite. Morgagni (*Lettre Ire*) rapporte un cas de migraine périodique qui revenait tous les matins à la même heure; et enfin Juncker(1) cite une dame à laquelle il donna des soins pour une migraine qui survenait toutes les heures et durait un quart d'heure. On cite encore des cas où les migraines se sont montrées à des époques très-éloignées, tous les deux ans, tous les trois ans; mais pour établir de pareils faits, il faudrait, dit M. le professeur Andral, être certain qu'on n'a pas pris pour des migraines des céphalalgies symptomatiques de quelque autre maladie; c'est une cause d'erreur dont il faut se défier dans la pratique.

Peut-on, d'après ce qui précède, établir quelle est la nature de la maladie? Si l'on se rappelle ce que nous avons dit sur les causes et sur les symptômes de la migraine, il est facile de voir que nous la considérons comme une affection toujours identique dans sa nature intime, comme un trouble dans l'innervation d'un ou plusieurs organes étroitement liés les uns aux autres, comme une névrose enfin, c'est-à-dire comme une maladie dont le siége évident, à en juger par les symptômes, réside dans quelque partie du système nerveux, sans altération visible primitive de ce système.

Mais quelle est la partie du système nerveux qui est la première assez modifiée dans sa manière d'être, pour réagir ainsi sur les autres?

Chaussier prétend que c'est la branche orbito-frontale du nerf trifacial exclusivement.

Pinel (2) considérait la migraine comme une névralgie de la face; aussi la rangeait-il parmi les névroses, classe VIe, ordre 3e, anomalies des fonctions nerveuses, genre LX, névralgies, espèce première, névralgie de la face.

---

(1) *De hemicraniâ horologicâ.* Halæ, 1747.

(2) *Nosographie philosophique.*

Sauvages (1) la plaçait dans la classe v^e, ordre 2e, maladies douloureuses, topiques fixes, sans fièvre ni inflammation.

M. Devilliers (2), d'après Deschamps fils, pense que c'est toujours le système nerveux de la membrane qui tapisse les sinus frontaux, qui est primitivement affectée. Suivant cet auteur, tout annonce un état d'irritation ou d'exaltation des propriétés vitales de cette membrane, une névralgie enfin, qui, après s'être établie sur une branche assez forte de la cinquième paire, peut s'étendre de ce point primitif à toutes ses ramifications, et par sympathie porter son influence sur des organes tantôt voisins, tantôt très-éloignés des sinus. Nous croyons qu'il en est quelquefois ainsi, mais que cela n'a pas toujours lieu, et que Deschamps fils a trop généralisé sa migraine des sinus frontaux, qui est, suivant nous, très-réelle, mais pas exclusivement à toute autre.

Tissot avait mis le siége de toutes les migraines dans l'estomac : sans doute il pouvait avoir raison quelquefois, souvent même; mais toujours, nous ne le croyons pas. La migraine de Maurice Hoffmann, qui, à l'âge de cinq ans, se blessa à la région surcilière droite, ne dépendait pas de l'estomac; celle qui survient à la suite d'une émotion morale vive, d'une frayeur subite, d'un exercice prolongé en voiture ou à cheval, de l'abus des liqueurs fortes, enfin de l'action des causes qui portent avec violence le sang vers la tête, celles-là assurément ne viennent pas de l'estomac. Et même parmi les migraines de Tissot qui sont accompagnées de lésions des fonctions digestives, il en est plusieurs sans doute dans lesquelles ces lésions sont des résultats sympathiques de la migraine, qu'il a au contraire considérée comme étant toujours le résultat de ces troubles de l'estomac. En outre, ces altérations des voies digestives ne sont pas, comme le croyait Tissot, toujours et nécessairement des gastrites; il n'est rien moins que prouvé pour nous qu'il y ait toujours, dans les exemples cités par cet auteur,

(1) *Pathologia medica.*

(2) *Dictionnaire des sciences médicales.*

une véritable phlegmasie de l'estomac; bien au contraire, nous n'y voyons le plus souvent qu'une névrose de cet organe, laquelle réagit, en remontant le système nerveux ganglionnaire, sur certaines parties de la cinquième paire cérébrale; ou bien part de ces rameaux nerveux pour venir affecter, par continuité de tissu, le système nerveux de l'estomac.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Piorry a fait de la migraine une névralgie de l'iris. Il appuie son opinion des preuves suivantes : La fatigue des yeux prédispose à la migraine; les individus qui en sont affectés recherchent l'obscurité; ils sentent la douleur au fond de l'orbite; leurs conjonctives sont rouges; enfin on observe des vomissements dans la migraine, et on en observe également presque toujours dans les maladies organiques de l'iris. De ces preuves, il conclut que la migraine peut toujours s'expliquer par les rapports physiologiques qui existent entre les nerfs de l'iris et ceux de la cinquième paire et de la huitième. M. Andral pense que souvent il en est ainsi, mais que l'on n'est pas fondé à soutenir que cela arrive toujours; nous nous rangeons tout à fait de l'avis du savant professeur : nous croyons que la migraine de M. Piorry qu'il appelle *monophthalmalgie* (de μονος, seul, οφθαλμος, œil, et αλγος, douleur) existe bien réellement, et n'est pas, comme on le croyait avant lui, une déviation, une anomalie de la véritable migraine.

En résumé, la migraine est une névrose du système nerveux de la tête, dans laquelle on peut établir plusieurs variétés. On placera d'abord en première ligne par ordre de fréquence, la migraine gastralgique; viendrait ensuite la migraine sanguine ou résultant de congestions vers la tête; puis la migraine irienne de M. Piorry; puis une migraine liée à une névrose de l'utérus; puis enfin la migraine des sinus frontaux, celle de Deschamps fils et de Devilliers.

Le pronostic de la migraine est en général peu grave. Malgré les douleurs qu'elle entraîne, la fréquence de ses récidives, l'extrême difficulté qu'on éprouve à la guérir, on redoute peu dans le monde les suites de la migraine; c'est un ennemi avec lequel on se décide à

vivre. Sans doute on a raison dans la plupart des cas ; mais il en est quelques-uns qui méritent une certaine attention. Les névroses, à la longue, en entretenant dans les organes qui en sont le siége un afflux sanguin et une irritation sans cesse renaissants, finissent par y déterminer des altérations étrangères à leurs manifestations. Ainsi, quand les migraines sont fréquentes et présentent des accès prolongés et d'une grande intensité, il arrive souvent que la partie de la tête qui est le siége ordinaire des douleurs, se trouve couverte de cheveux blancs, ou même absolument chauve. Un résultat plus grave est l'oblitération, l'affaiblissement graduel d'un œil, si c'est cet organe qui est le siége principal de la céphalalgie, et même l'anéantissement de la mémoire.

La migraine par elle-même, en tant que maladie essentielle, n'entraîne pas la mort ; par conséquent on n'a pas de résultats d'autopsies faites sur des individus morts uniquement de migraines ; et si on a ouvert des individus morts accidentellement, et qui avaient eu antérieurement des migraines, on n'a trouvé aucune lésion appréciable qui rendît compte des douleurs céphalalgiques. Mais la migraine intense réitérée, et toujours négligée, peut finir par amener ou des affections mentales, ou des désorganisations de l'encéphale ; ainsi, on a trouvé chez des personnes qui avaient été autrefois très-sujettes à la migraine, l'écartement des os du crâne. Stalpart Van Derviel (1) assure avoir vu la suture coronale se fendre chez la jardinière d'un comte de Nassau. Fabrice de Hilden (2) cite deux cas de migraine dans lesquels les sutures s'écartèrent au point qu'en faisant chevaucher les parties disjointes, on entendait un bruit analogue à celui du bois quand on le fend. Le docteur Crass avait une malade sur laquelle il faisait voir un écartement très-considérable des sutures pendant l'extrême violence des douleurs. Boot, de Pozzis, Pauli, avaient vu des cas semblables.

---

(1) Livre 1er, observation première.

(2) Observations première et septième.

Littre (1) dit avoir vu un vers rendu par les narines par une jeune femme qui souffrait depuis deux ans d'affreuses douleurs, et qui fut guérie immédiatement après l'expulsion. Bonnet dans son *Sepulchretum*, et le docteur César Magati, au rapport de M. Chapotin, ont relaté des faits semblables.

Keutmann et Bonnet ont également trouvé des calculs dans la substance cérébrale.

Georget dit que l'on a trouvé chez des sujets qui avaient eu jusqu'à leur mort des douleurs de tête, des larves d'œstres dans les sinus frontaux, la carie de l'ethmoïde, des collections de pus dans les cavités nasales, la carie d'un os du crâne, des tumeurs fibreuses de la dure-mère, des infiltrations séreuses de la pie-mère, des ossifications énormes dans les sinus de la dure-mère, des indurations générales ou partielles du cerveau, le ramollissement de la pulpe cérébrale, des abcès enkystés, d'anciennes cicatrices dans les hémisphères cérébraux, des masses cancéreuses et tuberculeuses.

Toutes ces lésions étaient-elles des résultats de migraines? Cela est peu probable. Mais chez quelques-uns de ces malades, la migraine avait pu à la longue déterminer une affection organique de la tête qui avait entraîné la mort. Ces cas sont rares, il est vrai; mais il en existe de bien authentiques, et ceux-là seuls doivent démontrer la nécessité de traiter une maladie qui peut entraîner de pareilles suites. Ces suites fâcheuses sont infiniment rares, il faut en convenir; et certes, dans l'immense majorité des cas, la migraine est une maladie qui n'entraîne pas ces dangers. Mais ce n'est pas encore là le seul motif qui empêche de se traiter de ses migraines. Il y en a deux autres qui ont de par le monde un grand crédit; le premier, c'est que, dans certains cas où la migraine se supprime d'elle-même, et dans quelques-uns de ceux où l'on est parvenu à la guérir, on est persuadé qu'elle peut être remplacée par une maladie plus grave qui fait regretter la migraine; le second c'est que l'on croit l'art impuissant à guérir cette maladie.

(1) *Histoire de l'Académie des Sciences*, 1708.

1° Y a-t-il un danger réel à faire en sorte de se débarrasser de ses migraines, et vaut-il mieux les garder telles qu'on les a que de courir le risque de les voir se transformer en d'autres affections plus graves, si tant est que cela ait lieu? En d'autres termes, y a-t-il plus de mauvaises chances à courir en les perdant qu'en les voyant se prolonger? Un certain nombre d'auteurs sont de cet avis, et ont accumulé un nombre indéfini d'exemples qui ne prouvent pas tous ce qu'on voudrait leur faire prouver. MM. Laurent et Percy entre autres soutiennent avec beaucoup de chaleur cette opinion de la transformation des maladies les unes dans les autres: parmi un certain nombre d'observations qu'ils rapportent, et dont ils tirent la conclusion que le mieux est l'ennemi du bien, on trouve celle d'un professeur de Besançon, lequel, depuis longtemps sujet à la migraine, voulut absolument chercher à se guérir d'une infirmité qui nuisait à sa fortune et à sa réputation. Il prit donc les eaux de Bussang et bien d'autres, et fit un usage si long et si copieux de remèdes chauds, qu'ils le délivrèrent enfin de son mal. Mais quelques jours avant l'époque où, pour la troisième fois, la migraine devait manquer, le professeur fut attaqué d'une goutte sur-aiguë qu'il ne put se dissimuler être le résultat de la suppression de sa migraine. En effet, après quelques jours des plus terribles souffrances, la migraine reparut, et le malade la regarda comme un événement heureux, puisqu'elle fit disparaître une affection beaucoup plus cruelle et plus dangereuse que celle avec laquelle il se décida à vivre à l'avenir.

Cette observation est loin de prouver que la migraine peut se transformer en d'autres maladies, en un mot, qu'elle est susceptible d'avoir des métastases; en effet, elle pèche de plusieurs côtés. D'abord il n'est pas tout à fait constant que le traitement suivi par le malade l'ait guéri complétement, puisqu'un accès seulement manqua, et que le suivant ne fut que retardé: ensuite il n'est même pas prouvé que ce traitement fut rationnel, puisque non-seulement il ne le guérit pas, mais encore lui fut nuisible, au point de porter en lui une perturbation si grande qu'un accès de goutte, maladie encore inconnue au professeur, vint

s'ajouter à celle qu'il avait depuis longtemps. Or, on sait qu'une médication ou une alimentation trop tonique est une des causes de la goutte Enfin, à tout prendre, si la goutte l'avait bien positivement débarrassé de ses migraines, il aurait peut-être dû s'en applaudir ; car il vaut mieux, toutes choses égales d'ailleurs, avoir la tête libre que les membres, attendu que les membres ne sont pas d'un grand usage, quand la tête est entreprise comme nous l'avons vu dans certains cas de migraine très-intense.

Voici un autre exemple ; c'est la contre-partie du précédent. Un prêtre très-goutteux s'adressa à un empirique qui par hasard le guérit pour un temps de sa goutte, dont il avait naturellement deux ou trois accès par an. Il aspirait à une prélature dont son état d'impotence pouvait le faire exclure. Il publia partout sa guérison, et rendit célèbre son charlatan, qui, sans ce succès fortuit, fût resté obscur pour le bonheur de l'humanité. L'abbé devint évêque : mais des douleurs de tête ou plutôt une céphalée des plus douloureuses avaient succédé à sa goutte, et la première fois qu'on lui mit la mitre sur la tête, il fut frappé d'une apoplexie foudroyante : ce qui ne lui serait pas arrivé probablement, disent les auteurs précités, s'il eût gardé sa goutte.

Ce fait est encore moins concluant que le premier. En effet, la céphalée dont fut atteint le malade en question n'était évidemment pas une migraine, mais bien une céphalalgie symptomatique d'un travail de désorganisation, peut-être de ramollissement d'une portion du cerveau, laquelle, altérée d'abord, a plus tard été trop faible pour résister à l'impulsion du sang, s'est déchiré et a permis à une hémorrhagie cérébrale de se faire subitement.

Tissot est un de ceux qui ont le plus insisté sur le danger de ces métastases ; mais parmi les exemples qu'il a accumulés, à l'appui de son opinion, beaucoup sont peu concluants : la plupart n'étaient pas des migraines, ou bien étaient compliquées de maladies graves, qui, sous l'influence de traitements incendiaires, ont entraîné les résultats fâcheux que rapporte cet auteur.

Wepfer, Schebbearc, disent avoir vu résulter des paralysies de la

suppression de migraines : cela est bien difficile à croire ; ces auteurs ont sans doute pris pour telles des encéphalites chroniques qui d'abord s'accompagnaient de douleurs intenses, et qui plus tard, par les progrès naturels de la maladie, occasionnèrent la paralysie en même temps que la cessation des douleurs, en raison de la complète désorganisation d'une portion du cerveau.

Enfin Schobelt, et bien d'autres avec lui, assurent avoir vu des migraines remplacées par des douleurs rhumatismales dans les membres : leurs migraines pouvaient bien n'être que des douleurs rhumatismales purement et simplement fixées sur la tête qui n'en est pas plus exempte que les autres parties du corps, et nous serions en pareil cas tentés de considérer comme un bienfait ce que ces auteurs ont regardé comme de fâcheuses métastases.

En résumé, nous croyons qu'on s'est beaucoup exagéré la fréquence et le danger de ces métastases.

2° L'art est impuissant à guérir la migraine... Ceci est une objection plus sérieuse, surtout si elle était vraie dans tous les cas. Assurément, la médecine guérit peu de migraines; mais cela ne tient-il pas en partie à ce qu'on lui en donne si peu à traiter, précisément à cause de ce préjugé que je combats comme faux et funeste à la fois ?

Voici un exemple que cite Homberg, et que rapportent les docteurs Chavoix d'Excideuil et J. Pelletan, qui prouve que la migraine peut guérir sans accidents fâcheux. Une dame de 35 ans, d'une bonne constitution, avait de très-forts accès d'une migraine très-réelle, qui revenait périodiquement tous les huit ou dix jours. Un soir que cette dame sentait un accès s'approcher, elle se regarda dans un miroir pour voir si ses yeux rougissaient beaucoup; le feu prit à sa coiffure, et lui brûla tout le front et une partie de la tête avant qu'on pût venir à son secours. Homberg fut appellé, traita la brûlure dont la douleur, d'abord très-vive, cessa en peu de temps : l'accès imminent de migraine ne vint pas, et depuis quatre ans, dit l'auteur, que cet heureux accident est arrivé, cette dame jouit d'une santé parfaite. Je ne sais si je conseillerais d'employer un pareil traitement pour une migraine si

intense qu'elle fût : mais toujours est-il que la dame fut guérie, et cela sans accidents consécutifs. Or, si un accident a produit ce résultat, un traitement bien dirigé, et remplissant à peu près la même indication, réussirait probablement dans les mêmes circonstances ; on en a vu de nombreux exemples : donc la migraine n'est pas une affection incurable ; donc la migraine, quand elle se supprime, n'entraîne pas nécessairement de fâcheuses métastases. Elle est difficile à guérir, c'est vrai ; mais nous verrons plus tard, en nous occupant du traitement, qu'on a encore plus de chances de guérison en réclamant les soins de la médecine, qu'en ne cherchant de soulagement que dans une résignation et une patience imprudentes.

Diagnostic différentiel.

Étant donné un malade atteint d'une douleur de tête quelconque, supportable ou intense, étendue ou limitée, déterminer : 1° s'il a une migraine ou une simple céphalalgie symptomatique ; 2° la douleur étant reconnue symptomatique, quelle est la maladie dont elle est un symptôme ; et, en général, quelle est la valeur du symptôme céphalalgie pour le diagnostic différentiel des maladies ; tel est le double problème que nous allons tâcher de résoudre.

1° Déterminer si un malade donné a une migraine. Pour essayer de répondre à cette question, nous allons passer en revue les affections qui peuvent simuler une migraine, ou être confondues avec elle.

Un malade éprouve une douleur de tête très-vive, du brisement dans les membres, une fièvre assez intense, revenant assez régulièrement tous les deux, trois, ou quatre jours, a-t-il une migraine, ou n'est-ce pas plutôt une fièvre inflammatoire ? Toute périodique que puisse être la migraine, dit M. Martinet, on ne la confondra pas avec la fièvre intermittente céphalalgique, en ce qu'elle ne prend pas comme celle-ci, naissance dans des lieux où règnent des fièvres d'accès, en ce qu'elle ne sévit pas de préférence durant certaines saisons, l'automne et le printemps ; en ce qu'elle n'entraîne pas à sa suite des en-

gorgements de la rate, ne cède ni à l'emploi du quinquina, ni au changement de localités ; enfin en ce qu'elle se prolonge beaucoup plus longtemps, une suite d'années, ce qui n'arrive pas dans les fièvres intermittentes.

Si, à des douleurs de moyenne intensité, viennent se joindre une pâleur habituelle de la face, des yeux cernés, un sentiment de tiraillement dans l'estomac, et un écoulement muqueux du vagin, on pourra peut-être au premier abord supposer une migraine : mais si l'on réfléchit que, dans la migraine, les douleurs sont beaucoup plus fortes, qu'elles ne sont pas continues, que du côté de l'estomac elles sont presque nulles, ou n'apparaissent que dans le moment des vomissements, tandis qu'il est une affection où, sans être bien intenses, elles ne cessent presque jamais entièrement, s'accompagnent de tiraillements d'estomac sans vomissements, et surtout ne produisent pas cette exaltation de la sensibilité dans tous les sens, qui fait fuir le bruit, les odeurs, le mouvement, la lumière, et rechercher avec tant de soin le repos et le sommeil tous phénomènes qui ne manquent jamais dans la migraine, on reconnaîtra bientôt les signes de la leucorrhée.

Si la douleur de tête est atroce, intermittente, sans type régulier, limitée à un point de la tête, ordinairement au sinciput ou à l'occiput, on pourra soupçonner ou une migraine, ou un accès incomplet d'hystérie. On se convaincra de l'existence de cette maladie, si elle a déjà atteint la même personne, ou si la douleur s'accompagne de convulsions, de cris perçants, et de la sensation d'une constriction violente à la gorge, et de la présence d'une boule qui remonterait de l'abdomen vers le gosier.

Les épileptiques, les hypocondriaques, les choréiques, les cataleptiques, sont souvent affectés de douleurs de tête intolérables, qui pourraient simuler des migraines. On ne les confondra pas avec cette maladie, en ce que, dans les accès d'épilepsie, il y a des contractions convulsives, perte complète de connaissance, écume à la bouche, etc., etc. ; en ce que, dans l'hypocondrie, il y a un sentiment permanent de tristesse, une souffrance habituelle de la tête et de l'estomac, qui

s'exaspèrent en général pendant l'accomplissement de la digestion stomacale; en ce que, dans la chorée, il y a des mouvements continuels, désordonnés, involontaires, d'une partie ou de la totalité des muscles soumis à l'empire de la volonté; enfin de ce que, dans les accès de catalepsie, il survient subitement, que le malade soit assis ou couché, une suspension du sentiment et du mouvement qui s'accompagne toujours d'une immobilité complète des différentes parties du corps, de telle sorte qu'elles conservent la position qu'elles avaient avant l'attaque, ou qu'on leur donne pendant son cours, tous phénomènes qui n'apparaissent guère dans la migraine.

Dans la plupart des affections organiques du cœur, dans celles du cerveau et de ses enveloppes, il y a une douleur de tête plus ou moins vive, quelquefois excessive, qui pourrait faire croire à une migraine. Mais les accidents généraux qui compliquent ce symptôme, sa persistance et sa continuité, suffisent bien pour en éloigner l'idée.

Le coryza, quand il a un certain degré d'intensité, a bien quelques rapports avec la variété de migraine que nous nommons, d'après Deschamps fils et Devilliers, migraine des sinus frontaux; mais dans cette dernière il n'y a pas ces symptômes d'inflammation catarrhale, ce prurit des fosses nasales, ces éternuments fréquents, cette perte de l'odorat, cette altération de la voix, cette suppression du mucus nasal, qui devient bientôt très-abondant, séreux, âcre, excoriant le pourtour des narines, puis s'épaissit, et finit par diminuer de quantité.

Enfin les douleurs syphilitiques ou rhumatismales qui siégent quelquefois à la tête, et pourraient faire croire au premier abord à l'existence d'une migraine, s'en distingueront par leur continuité, leurs exaspérations la nuit, leurs antécédents suspects, et avec un peu d'attention, il sera difficile de se méprendre.

2° La douleur de tête étant reconnue étrangère à toutes les variétés de migraine dont nous avons parlé, déterminer quelle est la maladie dont elle est un symptôme.

La céphalalgie peut être sus-orbitaire, sincipitale, frontale, temporale,

occipitale, orbitaire, hémicranique (1) superficielle, profonde sans siége précis.

Est-elle sus-orbitaire, il est possible quelle accompagne une fièvre typhoïde dans son premier septénaire, un typhus d'Amérique ou fièvre jaune dans sa période inflammatoire; un choléra au premier degré; une stomatite intense, quelle que soit sa variété, pourvu qu'elle soit franchement inflammatoire; une glossite phlegmoneuse; une gastrite et une entérite aiguë; ou bien encore une phlegmasie de la généralité, ou d'une grande étendue de la peau, comme la variole, un vaste érysipèle; ou bien enfin une pleurésie ou une bronchite.

Si maintenant la céphalalgie sus-orbitaire s'accompagne d'abattement, de brisement dans les membres, qui forcent le malade à s'aliter; si le décubitus est dorsal, avec immobilité du corps; si le malade présente un air de stupeur, une insomnie complète, des rêvasseries, des vertiges, des éblouissements, un état subdélirant dont il est facile de le tirer lorsqu'on l'interroge, des épistaxis réitérées; si tous ces phénomènes ont été précédés, pendant deux ou trois jours, d'altération dans la physionomie, de diminution dans les forces physiques et intellectuelles, de soif, d'anorexie, d'empâtement de la bouche, de diarrhée, on pourra dire que cette céphalalgie est symptomatique d'une fièvre typhoïde, à sa période d'invasion.

Si la céphalalgie sus-orbitaire est insupportable, si les yeux sont rouges, larmoyants, la face animée, la langue humide et blanche d'abord, bientôt sèche et noirâtre, la peau brûlante et aride, le pouls dur, plein, fort, fréquent, ou petit et concentré, la poitrine oppressée; s'il y a une soif vive, un sentiment de constriction à l'épigastre, et que les régions hypocondriaques et hépatique soient douloureuses à la pression; s'il y a des nausées, des vomissements pénibles, quelquefois légers ou accompagnés de douleurs atroces, avec cardialgie intense; enfin que les matières rendues soient ou abondantes et jaunes verdâ-

(1) Nous employons ce mot dans sa signification réelle de douleur occupant la moitié du crâne, et non comme adjectif de migraine.

tres, cendrées, acides, ou en petite quantité, on devra croire à l'existence d'une fièvre jaune à sa période inflammatoire, dont la céphalalgie sus-orbitaire n'est qu'un symptôme.

Si la céphalalgie sus-orbitaire est intense; si elle est accompagnée d'anorexie, de faiblesse dans les membres abdominaux, de syncopes imminentes; si elle est précédée d'une diarrhée survenant brusquement sans ténesme et avec peu de coliques, on pourra craindre l'invasion du choléra; si, au bout de deux ou trois jours ou plus tôt, il survient des vomissements de matières liquides, blanchâtres, ressemblant à l'eau de riz, des crampes, une fréquence du pouls allant jusqu'à cent trente pulsations et plus par minute, la probabilité se changera en certitude.

Si la céphalalgie est accompagnée d'une rougeur très-vive de la bouche avec tuméfaction de la muqueuse prononcée surtout aux gencives, avec chaleur incommode, sécheresse, douleur augmentée par le passage de l'air frais, ou par celui des corps étrangers; si la mastication, la parole, la déglutition s'exécutent avec douleur, si le goût est altéré, le ptyalisme abondant, et les ganglions sous-maxillaires engorgés; si à tous ces symptômes s'ajoute un mouvement fébrile, il est probable qu'on aura affaire à une stomatite.

Si la céphalalgie sus-orbitaire est intense, la face rouge, animée, la suffocation imminente, la langue énormément tuméfiée, on n'aura aucun doute : elle sera l'un des symptômes d'une glossite phlegmoneuse.

Si la céphalalgie à la fois sus-orbitaire et frontale est accompagnée d'affaiblissement musculaire, de fièvre, de douleur à la région épigastrique, augmentant par la pression, et consistant en une sensation de plénitude, de barre transversale, devenant quelquefois atroce; si à ces phénomènes se joignent une diminution ou une perte complète de l'appétit, une augmentation de la soif, des nausées, des vomissements d'aliments, de boissons, de mucus, et quelquefois de sang et de bile, de la constipation, et une toux sympathique, on pourra croire à l'existence d'une gastrite.

Si la céphalalgie sus-orbitaire survient concurremment avec une tension, un gonflement, un ballonnement de l'abdomen, une douleur sourde, profonde à la pression, des coliques plus ou moins violentes, produisant un brisement extrême des forces musculaires, une sensation de chaleur interne, des vents, des borborygmes, une diarrhée, et souvent une constipation opiniâtres; si à ces symptômes locaux se joignent les symptômes généraux énoncés en parlant de la gastrite, on reconnaîtra une entérite villeuse.

Si la céphalalgie est accompagnée d'oppression, de toux sous forme de quintes avec douleur, voix déchirante, et sentiment de chaleur derrière le sternum, douleur épigastrique, et souvent nausées et vomissements; que les quintes se terminent par l'expectoration d'un mucus clair et écumeux, fort peu abondant, quelquefois nul dans le commencement; si bientôt les crachats deviennent plus abondants, plus épais, et visqueux, puis jaunâtres ou verts, que la poitrine sonne clair à la percussion, et fasse entendre, à l'auscultation, du râle sibilant d'abord, puis du râle muqueux, on devra diagnostiquer une bronchite.

Si la céphalalgie survient en même temps qu'un point de côté siégeant presque toujours dans le voisinage du mamelon, que la douleur soit pongitive, s'augmente par la toux, par l'inspiration, par la pression; si la respiration est courte, accélérée, saccadée au moment de l'inspiration, et lente au moment de l'expiration; si la toux est petite et douloureuse, les crachats salivaires, on devra craindre une pleurésie; si à ces phénomènes s'ajoutent de la matité à la percussion, la cessation du bruit respiratoire, et de l'égophonie, on ne pourra plus conserver le moindre doute sur l'existence de cette maladie.

Si, à la céphalalgie sus-orbitaire s'ajoutent des frissons, des nausées, des vomissements, du brisement des membres et surtout des lombes; si, au bout de trois ou quatre jours, apparaissaient de petites taches rouges, circulaires, surmontées d'une légère élevure acuminée, s'élargissant le lendemain pour commencer à prendre la forme d'une pustule, on devra craindre le développement de la variole.

Enfin, si la céphalalgie sus-orbitaire s'accompagne d'une légère tu-

méfaction de la peau irrégulièrement circonscrite, avec rougeur plus ou moins intense, disparaissant par la moindre pression, mais revenant aussitôt qu'on cesse de comprimer les téguments enflammés, on pourra diagnostiquer un érysipèle.

La céphalalgie, au lieu d'être sus-orbitaire, est-elle sincipitale, il sera possible qu'elle accompagne une fièvre continue simple, une fièvre intermittente simple, une fièvre intermittente céphalalgique, une arachnitis cérébrale.

Si la céphalalgie sincipitale vient compliquer un état de malaise général, caractérisé par une face un peu amincie, des lassitudes, la nécessité de garder le lit, une insomnie, ou un sommeil troublé par des rêves, une augmentation de la soif, une bouche pâteuse, sèche, une langue blanchâtre, un pouls fréquent, une peau douce au toucher, une urine plus rare et plus foncée que de coutume, on pourra croire à l'existence d'une fièvre continue simple.

Si les phénomènes précédents, mais plus intenses, se compliquent d'une céphalalgie également sincipitale, mais durent seulement un temps limité, une demi-heure ou une heure, rarement plus de deux; s'ils sont précédés d'un temps pendant lequel le malade frissonne, et suivis d'un autre temps pendant lequel son corps se couvre de sueur; si, enfin, ces phénomènes si caractéristiques d'un accès de fièvre, reviennent régulièrement à heure fixe, on diagnostiquera une fièvre intermittente simple.

Enfin si ces mêmes phénomènes se représentent avec la plus effrayante intensité, si surtout ils affectent le type tierce ou double tierce; si la céphalalgie sincipitale est atroce, il faut redouter une fièvre intermittente pernicieuse, et se hâter d'agir sans délai, car trop souvent ces affections emportent le malade au troisième accès.

Si la céphalalgie est à la fois sincipitale et occipitale, que bientôt elle devienne violente, et coexiste avec une chaleur vive de la tête, une forte coloration de la face, avec injection des conjonctives, s'il survient des vomissements spontanés sans aucun signe de gastrite, un état

d'agitation ou d'inquiétude, une augmentation de l'irritabilité de la vue, avec mobilité de l'œil, une parole brève, une prononciation gênée, une mémoire infidèle, des mouvements brusques, une fièvre concomitante, on devra craindre une arachnitis cérébrale de la convexité.

Si les mêmes phénomènes accompagnaient une douleur analogue, ayant pour siége le front et les tempes, on croirait à une arachnitis de la base et des ventricules.

La céphalalgie est-elle frontale, il est possible qu'elle accompagne un typhus des camps et des prisons; et alors on verra apparaître de la stupeur, un exanthème pétéchial, des marbrures, des sudamina, des parotides, et l'irritation de quelques muqueuses.

Est-elle à la fois frontale et temporale; augmente-t-elle graduellement ainsi que le volume de la tête; s'accompagne-t-elle de vomissements fréquents, de lenteur des mouvements, de tendance à l'assoupissement, de réveil en sursaut, de cris aigus, de décubitus dorsal, de convulsions, on reconnaîtra une hydrocéphale aiguë.

La céphalalgie a-t-elle pour siége la partie inférieure et moyenne du front, s'accompagne-t-elle de pesanteur de tête et de tous les symptômes du coryza, de changements dans la forme du nez, de la nécessité de respirer par la bouche qui devient sèche, ainsi que le pharynx; on devra présumer l'existence d'un polype des fosses nasales, et s'en assurer par l'exploration des ces cavités.

Si la céphalalgie est temporale, elle pourra accompagner un état pléthorique général, des hémorroïdes en retard ou supprimées, une phlébite, une otite.

Si le malade atteint de céphalalgie temporale est d'un tempérament sanguin; s'il a négligé de se faire pratiquer une saignée dont il avait contracté l'habitude; s'il a le teint rouge, des éblouissements, des vertiges, de la pesanteur de tête, s'il a eu une ou plusieurs épistaxis, on

devra croire à une pléthore générale, à laquelle la diète, les émissions sanguines, les délayants, seront de la plus grande utilité.

Si le malade est depuis longtemps sujet à des flux hémorroïdaux réguliers, et que, par une cause quelconque, le flux habituel ait manqué, que les symptômes de pléthore générale soient patents, le diagnostic et l'indication ne seront pas douteux.

Si à la céphalalgie temporale se joignent les caractères de la fièvre adynamique, et que ces caractères aient eu pour antécédents une saignée dont les bords, au lieu de se réunir par première intention, se sont écartés, durcis, et ont laissé écouler une sanie sanguinolente; si à la suite de ces premiers accidents, on a pu sentir sous le doigt le trajet des veines enflammées, comme autant de cordons noueux, tendus et bornant les mouvements du membre, on ne pourra méconnaître une phlébite, accompagnée de suppuration de la membrane interne des veines, et de transport de la matière purulente dans toute l'économie.

Si la céphalalgie a pour siége une des tempes, et si elle s'accompagne d'une douleur pongitive dans le conduit auditif, augmentant par la mastication, avec bourdonnements, puis dureté de l'ouïe, et écoulement d'un liquide d'abord ténu, puis purulent, on pourra facilement reconnaître une otite aiguë.

La douleur de tête est-elle occipitale, elle pourra être un des symptômes d'une néphrite, d'une cystite, d'une métrite, d'une ovarite, d'une nymphomanie.

On reconnaîtra qu'elle appartient à une néphrite, au caractère des douleurs locales, qui sont d'une intensité extraordinaire, à leur siége, à leur propagation le long de l'uretère, et à la rétraction sympathique du testicule correspondant;

Qu'elle appartient à une cystite, à un sentiment de souffrance vive dans la région hypogastrique et à l'extrémité du pénis, avec efforts réitérés, pénibles, et souvent inutiles pour uriner, érections fréquentes et douloureuses, urines troubles, rougeâtres, sueurs urineuses;

Qu'elle appartient à une métrite, à ce qu'il y a une douleur obtuse et gravative à l'hypogastre, douleur qui se propage bientôt aux aines, aux lombes, à la vulve, au périnée et à la partie supérieure des cuisses, et s'accompagne d'une pesanteur du rectum, de fréquents besoins d'aller à la garde-robe, et d'un écoulement roussâtre;

Qu'elle appartient à une ovarite, à ce qu'il y a une douleur vive, profonde, circonscrite dans une fosse iliaque ou dans les deux, et s'irradiant souvent dans les lombes, dans les aines et dans les cuisses: à ces caractères se joignent, sur les côtés de la ligne médiane, une ou deux tumeurs sensibles au toucher, arrondies, plus ou moins mobiles, la tuméfaction des seins, et presque toujours une sur-excitation des fonctions cérébrales et génératrices;

Enfin qu'elle est sympathique d'une nymphomanie en ce que l'on observe chez la femme qui en est atteinte, d'abord une grande irritabilité nerveuse, une sorte de lutte entre la pudeur et les penchants, puis des regards, des gestes, des propos lascifs, enfin l'obscénité la plus dégoûtante.

Si la céphalalgie a pour siége l'orbite, elle peut accompagner une conjonctivite, si la douleur est superficielle; le cancer de l'œil, si elle est profonde.

On distinguera la première de ces deux affections de la seconde, en ce que dans la conjonctivite un peu intense il y a, outre la céphalalgie qui est des plus violentes, une douleur très-vive de la conjonctive malade, une chaleur brûlante, une photophobie insurmontable; que le plus ordinairement les larmes coulent en abondance et inondent la joue qu'elles excorient; que la conjonctive, entièrement rouge, se gonfle, se boursoufle, et forme autour de la cornée ce bourrelet circulaire appelé chémosis, qui fait paraître celle-ci comme enfoncée; tandis que dans le cancer de l'œil, maladie essentiellement chronique à son début, la douleur est d'abord peu vive, et se borne à un sentiment habituel de fatigue et de pesanteur à l'œil, qui ne présente encore aucune altération matérielle visible; mais après un temps plus ou moins

long, au lieu de se terminer par résolution comme la conjonctivite, la maladie fait des progrès, les douleurs deviennent aiguës, continuelles et lancinantes, le globe oculaire se tuméfie, la sclérotique devient bosselée et perd sa blancheur; le fond de l'œil devient jaunâtre, puis verdâtre et livide.

Si la céphalalgie est hémicranique superficielle, elle ne peut être due qu'à une névralgie faciale, ou à un accès de migraine. Les douleurs ont bien dans les deux affections la même intensité, le même caractère; elles ont bien des rémissions et des paroxysmes dans l'une comme dans l'autre, mais dans la névralgie de la face, la douleur est plutôt diminuée par la pression qu'augmentée, et c'est le contraire ordinairement dans la migraine; quand celle-ci est un peu intense, le cuir chevelu est d'une sensibilité telle qu'il suffit de toucher les cheveux pour augmenter la douleur. Dans la névralgie de la face, les téguments qui recouvrent la partie affectée n'offrent en général aucune rougeur, et l'on n'observe pas les phénomènes sympathiques du côté de l'estomac, les nausées, les vomissements qui font de la migraine une affection si tranchée.

Enfin si la céphalalgie est profonde, elle pourra dépendre ou d'un fongus de la dure-mère, ou d'une encéphalite limitée, ou d'un ramollissement partiel, ou de tubercules ou de squirre du cerveau, ou d'une amaurose, ou d'exostoses de la lame interne des os du crâne.

Si la douleur est profonde, fixe, et s'accompagne d'altération des facultés intellectuelles et sensoriales, de mouvements convulsifs, de paralysie, on pourra soupçonner à peu près avec autant de raison toutes les affections que nous venons dénommer; mais si, avec de pareils antécédents, au bout d'un certain temps, on voit au dehors une tumeur circonscrite, sans changement de couleur à la peau, souvent très-douloureuse, agitée de mouvements de soulèvement isochrônes aux battements du pouls, et pouvant être repoussée et disparaître même complétement par l'ouverture du crâne, dont on sent alors le pour-

tour irrégulier, alors on ne pourra méconnaître un fongus de la dure-mère.

Si la céphalalgie a été précédée de pesanteur de tête, de tintement d'oreille, d'illusions d'optique, d'irritabilité de la rétine, d'engourdissement d'un côté du corps, avec fourmillements ou douleur dans les membres; si, après de pareils prodromes, il survient tout à coup des convulsions continues ou intermittentes des muscles du côté du corps opposé à celui qui est le siége de la céphalalgie, et, qu'au bout d'un certain temps, ces phénomènes d'irritation soient remplacés graduellement par des symptômes de collapsus, on sera forcé de reconnaître une encéphalite ou un ramollissement inflammatoire du cerveau, ce qui pourrait bien n'être que la même affection habillée de deux noms différents.

Si la douleur de tête s'observe dès le principe, qu'elle occupe un point fixe, profond; qu'elle s'accompagne de vertiges, d'une diminution plus ou moins sensible des facultés intellectuelles et morales, de fourmillements, d'engourdissements dans l'un des membres; qu'à la suite de cette première période il survienne plus ou moins brusquement une paralysie de quelque membre, ou même de la moitié du corps du côté opposé à celui de la douleur de tête, on croira à l'existence d'un ramollissement non inflammatoire du cerveau.

Si la céphalalgie est violente, continue; si elle coïncide avec une perte complète de connaissance et des phénomènes spasmodiques des deux côtés du corps ou d'un seul, on pourra soupçonner des tubercules ou un squirre du cerveau, surtout si, à certains moments, des éclairs de douleur, partant du cerveau, vont s'irradier dans tous les membres; mais on ne pourra dans ce cas asseoir son diagnostic d'une manière un peu certaine que quand, par les progrès de la maladie, les symptômes de l'encéphalite, par laquelle ces affections se terminent en général, se seront manifestés.

Si la douleur, après avoir longtemps occupé une portion fixe de la base du cerveau, a été suivie d'une altération graduelle de la vision, de vertiges, d'assoupissement, de la sensation imaginaire de corps fan-

tastiques, de moucherons voltigeant dans l'air, et enfin de perte complète de la vue, on pourra croire à une amaurose définitive par suite de la désorganisation probable du chiasma des nerfs optiques.

Enfin si la douleur, d'abord fixe, profonde, et s'exaspérant la nuit, diminue avec le temps et se complique peu à peu de perte graduelle de l'intelligence, des impressions et des sensations, pour ensuite faire place à une hémiplégie et à un coma profond, on devra croire à l'existence d'une exostose interne comprimant l'un des hémisphères cérébraux.

Traitement.

Le traitement des céphalalgies symptomatiques ne saurait être exposé ici ; il dépend absolument de l'affection à laquelle ce symptôme se rattache. Quant à celui de la migraine, il a, de tout temps, exercé à l'envi les uns des autres le génie inventif des thérapeutistes, et le nombre infini de leurs méthodes prouve à la fois, et combien ils étaient peu d'accord sur la nature et les causes de la maladie, et combien elle est réellement difficile à guérir. Cependant, comme un grand nombre de ces traitements comptent quelques succès, nous allons les énumérer, en les groupant, autant que possible, suivant qu'ils appartiennent à la médication par les révulsifs, par les émissions sanguines, par les excitants, par les évacuants et les dérivatifs, par les toniques, ou bien à la médication empyrique, ou à la médecine du symptôme.

Médication révulsive. — Galien, qui n'a pas assigné de siége précis à la migraine, et qui ne la considère pas comme une maladie à part, conseille pourtant une foule de moyens dont la plupart rentrent les uns dans les autres, et dont nous citerons quelques-uns pour donner une idée de la thérapeutique de cette époque. En général, les médicaments qu'il conseille doivent être appliqués autour des narines. Une de ses formules consiste à prendre parties égales de suc de lierre terrestre, d'huile ordinaire et de bon vinaigre, et de triturer jusqu'à mélange in-

time ; une autre est celle-ci : R. vers lombrics terrestres, n° XV, graines de poivre blanc, n° XV, vinaigre, q. s. pour un liniment.

Alexandre de Tralles se servait d'ail et de divers onguents, tous irritants.

Albucasis, Fabrice de Hilden, conseillaient de pratiquer avec le fer rouge des cautérisations plus ou moins étendues, suivant l'intensité de la maladie.

Gramm, d'appliquer un cautère à la jonction des satures sagittale et temporale ; il prescrivait de pénétrer avec le caustique à travers toutes les parties molles jusqu'à l'os, et même de le dépouiller de son périoste. Ce moyen nous paraît plus propre à produire des nécroses et des exfoliations des os du crâne qu'à guérir des migraines.

Sumeire dit avoir employé des lotions et des frictions avec le vinaigre pour calmer des migraines qui avaient eu lieu dans deux cas de fièvre catarrhale ; ces accès de migraines n'étaient-ils pas plutôt des céphalalgies symptomatiques d'une bronchite aiguë avec fièvre ?

Médication narcotique. — Avicenne employait un mélange d'opium, d'absinthe et de concombres sauvages cuits dans l'huile.

Médication par les émissions sanguines. — Ambroise Paré rapporte un cas de migraine guérie par la saignée de l'artère temporale ; Wepfer en cite également un ; Turner rapporte plusieurs guérisons opérées par ce moyen ; Rivière et Ethmuller l'ont également préconisée dans les migraines rebelles, et assurent en avoir retiré de très-bons effets ; un grand praticien, qui a publié un excellent mémoire sur l'artériotomie, M. Double, appuie de toute l'autorité de son opinion celle des auteurs précités.

Antonio Mariebatus faisait la section de l'artère temporale avec le fer rouge.

Avon n'employait dans tous les cas que la saignée du bras ; Richa, que celle des jugulaires ; Portal divisait avec la lancette les veines tuméfiées de la tête.

Zacutus Lusitanus, pénétré de l'idée du danger qu'il y avait à ouvrir l'artère temporale, préférait saigner la veine frontale ou préparate ou bien appliquer des sangsues aux tempes. A cet égard, le docteur Vieusseux (1), en traitant de l'emploi de la saignée contre la céphalalgie, rapporte une observation intéressante de violentes douleurs hémicrâniques survenues à la suite de la suppression d'un flux hémorroïdal périodique, qui ne furent point soulagées par l'application des sangsues à l'anus, tandis que celle qu'on en fit aux tempes enleva sur-le-champ le mal de tête. Cette observation, qui se répète deux fois en un an sur le même sujet, dérange bien, dit l'auteur, toutes les idées de dérivation. Girard (2) rapporte l'histoire d'une céphalalgie accompagnée de délire, contre laquelle trois saignées copieuses, dont deux du bras et une du pied, n'avaient produit aucun effet, et qui même, sous l'influence de cette médication, avait acquis de l'intensité. Elle fut dissipée, ainsi que les autres accidents, par une application de trois sangsues au-dessous de chaque oreille. Ces deux observations étaient-elles des migraines ? Il est permis d'en douter, surtout pour la dernière, qui était accompagnée de délire, symptôme assez rare dans cette maladie.

Planque cite un cas de guérison de véritable migraine, par l'application de quelques sangsues au point douloureux; Crugerus en cite également un cas.

Tissot en cite quelques-uns qui sembleraient donner quelque autorité à ces émissions sanguines locales, puisque la nature, par de simples hémorrhagies nasales, avait apporté souvent de notables diminutions dans les douleurs de la migraine, et même amené quelquefois la suppression totale des accès. Le cas de Maurice Hoffmann se rattache à

---

(1) De la saignée et de son usage dans la plupart des maladies, *Journal général de Médecine*, t. LIV, p. 132.

(2) Observations pratiques sur les accouchements, *Journal général de Médecine*, t. LXVIII.

ceux que Tissot rapporte à cet égard : ce médecin, dont la migraine avait commencé à l'âge de quatre ou cinq ans, à la suite d'un coup très-violent sur la région surcilière droite, voyait ses accès diminuer, et même cesser tout à fait, dès qu'il lui survenait une hémorrhagie nasale ou un vomissement bilieux.

Médication par les évacuants et les dérivatifs à l'intérieur. — Plusieurs auteurs conseillaient d'y avoir recours : Tissot employait beaucoup les vomitifs, et conseillait de les employer dans la plupart des cas; Cœlius Aurélianus, Bianchi, Borelli, Van-Swiéten, étaient de la même opinion.

Médication excitante.—Sauter, dans le *Journal* d'Hufeland, conseille l'emploi de la teinture de coccinella septempunctata (bête à bon dieu) en frictions sur les tempes.

Brown soutient que l'observation et l'expérience ont prouvé que, sur cent céphalalgies ou migraines, il y en a quatre-vingt-dix-sept qui appartiennent à la forme asténique, et que les évacuations sanguines ou humorales, et tous les débilitants, sont diamétralement contraires, tandis qu'elles guérissent facilement par le seul et sage emploi des causes excitantes ou des stimulants (1). Aussi conseille-t-il l'huile de cajeput et la liqueur anodine d'Hoffmann. Krügestein traitait la migraine d'après le même système; il employait la teinture de cascarille; Authenrieth, l'essence de citron; Lange, le poivre blanc; Leutin, le café associé à l'opium.

Médication tonique. — M. Caron d'Annecy, rapporte un cas de véritable migraine qui fut guérie par le quinquina uni à l'opium : c'est le système qui a le plus souvent réussi à M. le docteur Jolly.

Quand elle affecte la forme intermittente régulière, Balme, Meyer,

(1) Gilbert, Analyse de la Doctrine de Brown, *Journal général de Médecine*, t. III, p. 247.

Ranoë, conseillaient le quinquina et ses préparations. Prunelle cite l'observation d'une céphalalgie périodique commençant au lever du soleil, augmentant jusqu'à midi, puis diminuant alors jusqu'au coucher, époque où elle disparaissait, qui fut traitée sans succès par la méthode émolliente et expectante, et qu'il guérit par l'emploi du quinquina. M. Labonnardière (1) en cite également une très-curieuse de migraine, guérie par l'emploi du café torréfié. « J'ai vu, dit-il, en juillet 1806, une femme de 48 ans, atteinte d'une douleur de tête dont le retour périodique lui arrachait chaque jour, pendant dix-huit heures, des cris perçants. Il n'y avait aucune fréquence fébrile dans le pouls : un vésicatoire placé à la nuque, vers le déclin d'un accès, n'eut qu'un succès apparent. La douleur reparut le lendemain aussi insupportable que les jours précédents. Je conseillai, en attendant que la fin du paroxysme permît d'administrer le quinquina, un grain d'opium trituré avec 10 grains de café torréfié dans quatre cuillerées d'eau sucrée, à prendre d'heure en heure. Ce moyen, ayant sensiblement calmé les douleurs, fut répété les jours suivants avec un succès qui m'a dispensé de recourir à l'écorce fébrifuge. La malade a éprouvé la vertu calmante de l'opium, sans ressentir ses effets narcotiques. »

Grant associait les toniques aux antispasmodiques, et donnait à ses malades un électuaire composé de valériane, de quinquina, de thériaque, de rhubarbe, et de sirop de safran. Rivière, les toniques et les absorbants ; il employait quelquefois le trèfle d'eau, la magnésie, les eaux de Spa et de Balaruc, et dit en avoir retiré de bons effets.

Médecine du symptôme. — Fabrice de Hilden, et Dawin qui prétendaient avoir vu des migraines, ou plutôt des douleurs céphalalgiques causées par la présence de dents cariées, conseillent toujours d'examiner la bouche en pareil cas, et d'arracher les dents cariées qui pourraient s'y trouver.

---

(1) *Journal général de Médecine*, t. XXXIV, p. 258.

J. L. Petit rapporte dans ses mémoires qu'il guérit ainsi une demoiselle de la suite de la princesse de Condé, qui souffrait depuis plus d'un an des douleurs intolérables.

Dans certains cas, Tissot dit que l'on pourrait employer la section du nerf sus-orbitaire; mais il ne paraît pas avoir grande confiance dans ce moyen, et il ne l'a pas employé.

Enfin, comme médication empirique, on a proposé les fumigations, l'électricité, le magnétisme.

M. le docteur Coudret dit avoir réussi, dans quelques cas de migraines intenses, à enlever, par des soustractions réitérées d'électricité, les douleurs qui avaient résisté au traitement antiphlogistique le plus énergique.

M. Deleuze a rapporté deux faits de migraine traités par le magnétisme. Malgré toute l'autorité que mérite un pareil nom, on ne peut rien prononcer sur l'efficacité du magnétisme dans la migraine; car rien ne prouve que les deux malades traités par M. Deleuze fussent même atteints de migraine.

On voit, par cette longue et fastidieuse énumération, que les auteurs étaient aussi loin de s'entendre sur le traitement que sur le siége et la nature de la migraine.

Il y a suivant nous deux indications à remplir dans le traitement de cette maladie : 1° un accès étant donné, le guérir, ou en diminuer l'intensité; 2° un malade étant donné très-sujet à la migraine, éloigner les accès ou les faire disparaître complétement.

Première indication. — Un accès étant donné, le guérir, ou en diminuer l'intensité. Le point le plus essentiel, quand on veut traiter rationnellement une maladie, c'est de se rendre bien compte des causes qui l'ont déterminée, puis d'apprécier avec soin les symptômes qu'elle présente. Passons donc en revue les cinq espèces de migraine que nous avons cru devoir établir.

Si le malade à traiter est en proie à une migraine stomacale ou plutôt gastralgique; si l'enquête sur les circonstances commémoratives

donne lieu de penser qu'il y a chez lui habituellement une susceptibilité nerveuse particulière, une augmentation de la sensibilité de l'estomac, une hypéresthésie enfin de ce viscère; si une cause quelconque, capable d'influer sur le système nerveux de l'estomac, est venue le frapper, surtout lorsqu'il était occupé au travail de la chimification; si le malade accuse des douleurs de tête fixes, le plus souvent ayant pour siége la moitié inférieure du front et la tempe correspondante, que ces douleurs aient pour résultat de lui faire éprouver la sensation d'une vrille qui pénétrerait dans le crâne, et qu'enfin à ces caractères s'ajoutent un malaise général, des nausées, des vomissements, tel sera le traitement qu'on pourrait, suivant nous, lui faire suivre : d'abord faciliter le vomissement par l'ingestion dans l'estomac d'une grande quantité de liquide chaud; une infusion légère de thé peu sucrée remplira bien cet objet. Un soulagement marqué suivra cette pratique, puisqu'au bout d'un certain temps il ne restera plus de l'accès qu'un état un peu douloureux de la tête, mais bien différent des atroces douleurs qu'on ressentait auparavant. Quand les vomissements auront cessé, on pourra donner au malade une pilule composée d'extrait d'opium, gr. un demi; camphre, gr. ij; extrait de quinquina, gr. ij: sirop d'althæa, q. s.; et, par-dessus tout, on devra le laisser dans la plus grande tranquillité, couché dans une chambre très-peu éclairée, et, autant que possible, dans une solitude complète, parce qu'alors il est probable qu'un sommeil bienfaisant va faire disparaître ce qui reste de l'accès.

Si l'on a affaire à une migraine sanguine, que le malade soit d'un tempérament vigoureux, pléthorique, qu'il ait négligé de se faire pratiquer une saignée dont il avait contracté l'habitude, ou qu'il ait des hémorroïdes habituellement fluantes, mais actuellement en retard; s'il présente, outre les symptômes de la migraine, quelques signes de congestion vers la tête, on devra, après avoir assuré son repos et sa tranquillité, lui faire des lotions fraîches sur la tête, lui verser de l'éther sur le front, en ayant soin de le renouveler et d'en activer l'évaporation par l'agitation de l'air; lui administrer des pédiluves sina-

pisés. Si, au bout de quelque temps d'emploi de ces moyens si simples, les douleurs continuaient à être intolérables, alors on pourrait pratiquer une saignée du bras; puis le malade serait couché immédiatement, et on lui placerait à la plante des pieds une boule remplie d'eau aussi chaude qu'il pourrait la supporter. Ce traitement compte de nombreux succès.

Une dame qu'une position sociale élevée oblige à recevoir habituellement et à jour fixe, est dans l'usage de faire avorter ses migraines par un traitement analogue, mais beaucoup plus énergique, c'est-à-dire par l'application de sinapismes aux membres inférieurs jusqu'à vésication. Il faut un courage tout particulier et une bien grande intensité dans les douleurs pour employer une pareille médication.

C'est, du reste, dans cette variété de migraine que les anciens pratiquaient la section de l'artère temporale, qui a de grands avantages dans les cas désespérés; mais qui a aussi beaucoup plus d'inconvénients que la saignée du bras.

Si c'est la migraine irienne, la monophthalmalgie de M. Piorry, cette variété qui est tout entière dans l'organe de la vision et ses annexes, qui est due à une irritation de ses nerfs par excès d'exercice de l'œil, et qui s'accompagne des vomissements sympathiques de toutes les affections nerveuses de l'iris; on pourra, après avoir placé le malade dans l'obscurité et à l'abri de tout bruit, de toute commotion, employer le moyen qui a réussi à M. Piorry dans maintes circonstances, qui consiste à frictionner les paupières avec une dissolution sirupeuse d'extrait de belladone, à la dose d'un à 4 grains: il ne faudrait pas aller au delà, en raison de l'excessive dilatation de la pupille, qui est le résultat de cette médication. Quant à l'estomac, qui n'est affecté que sympathiquement, on pourrait y introduire une infusion théiforme de camomille, édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

Si c'est la variété dite *migraine utérine* qu'on a à traiter, elle pourra être survenue ou à l'occasion des règles, ou bien à cause de leur retard ou de leur peu d'abondance. Dans ce dernier cas, on pourrait prescrire des lavements avec l'infusion d'armoise, d'absinthe, de sabine,

de rue; des pédiluves sinapisés chauds, des bains de siége, des pilules ferrugineuses. Si, au contraire, la migraine n'était survenue qu'à l'occasion des règles, et sans qu'il y eût aucun trouble dans cette évacuation, le meilleur moyen serait peut-être de tenir les parties douloureuses de la tête couvertes de compresses imbibées de solution de cyanure de potassium, à la dose d'un à 2 grains par once d'eau distillée : ce moyen, que l'on doit à M. J. Pelletan, a été depuis préconisé par M. Armand Trousseau, qui l'a imprimé dans un gros livre sans citer celui qui en avait parlé le premier, probablement parce qu'en cette circonstance *son enthousiasme tourangeau et son ridicule engouement* pour la diatribe ont dû céder au désir de s'approprier une idée dont il comptait tirer profit (1).

Enfin, il est une dernière variété de migraine, qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, considérer comme une migraine avortée, c'est celle qui ne sort pas des sinus frontaux. Des fumigations émollientes, l'inspiration d'un flacon de camphre un peu chauffé pour augmenter sa volatilisation, des pédiluves sinapisés, et même, au besoin, des compresses de cyanure de potassium en dissolution, en triompheront probablement, toujours à l'aide de l'obscurité, du repos, du sommeil.

Deuxième indication. — Étant donné un malade très-sujet à la migraine, éloigner les accès, et, s'il est possible, les prévenir entièrement.

Ici, pour réussir, il faut s'attaquer surtout aux causes qui produisent les migraines, pour tâcher de soustraire le malade à l'influence de ces causes; et, en second lieu, faire en sorte de diminuer ou d'anéantir les prédispositions.

Pour cela, que faut-il faire? d'abord combattre l'excès, l'exaltation de la sensibilité, l'hypéresthésie générale. On y parviendra peut-être en faisant prendre habituellement au malade, matin et soir, une des

---

(1) Voir Trousseau, *Traité de thérapeutique,* pages 648, ligne 31, et 181 et suiv., ouvrage auquel *j'emprunte* les expressions soulignées.

pilules opiacées et camphrées dont la formule a été donnée précédemment ; en attaquant les affections de l'estomac, les embarras gastriques par des vomitifs, des purgatifs, des amers, des lavements ; les gastralgies, par l'infusion théiforme de camomille édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger, et l'ingestion, matin et soir, d'une pilule composée d'extrait de valériane, gr. j ; d'assa-fœtida, gr. j ; musc, gr. un demi ; castoréum, gr. j ; sirop de karabé, q. s. ; et même, s'il était besoin, par l'emploi d'un emplâtre de thériaque à demeure sur la région épigastrique. Il faudra combattre la pléthore par les saignées générales, les sangsues à l'anus, les pilules aloétiques, comme agissant spécialement sur le rectum, et tendant à produire des hémorroïdes ; l'anémie, par les ferrugineux, les frictions excitantes ; enfin, provoquer certaines sécrétions pour les faire servir de dérivatifs ; les règles, par les cataplasmes chauds, les bains de fauteuil, les pédiluves sinapisés, etc.

Il faudra éloigner les causes productrices de la migraine, et ici c'est surtout dans l'observation des règles d'une hygiène bien entendue que nous devons trouver nos moyens de traitement.

Ainsi les personnes qui ont l'estomac irritable suivront un régime doux, composé de viandes blanches, de poulet, de veau, de poisson, de légumes frais et verts, d'eau faiblement rougie ou même pure, si elles peuvent la supporter ; elles s'abstiendront de café.

Marmontel, qui était depuis sept ans tourmenté par des accès de migraine très-douloureux, et qui avait consulté sans succès le médecin de la reine, se guérit en suivant la prescription d'un maréchal-ferrant, qui lui conseilla de boire de l'eau, de manger peu, et de faire de l'exercice.

Haller, également très-sujet à la migraine, se guérit en buvant chaque jour de l'eau fraîche en très-grande quantité, et en changeant son régime très-nutritif contre une alimentation beaucoup plus légère, ce qui eut pour résultat de fatiguer moins la susceptibilité nerveuse de son estomac.

Linné se guérit aussi par le même procédé, et en faisant journellement de l'exercice avant son dîner.

On aura soin de ne pas trop charger l'estomac; mais il ne faudra pas non plus le laisser pâtir; et si l'on sentait la faim quelque temps avant l'heure où l'on se mettra à table, il faudrait manger quelques bouchées de pain pour ne pas laisser l'estomac en souffrance.

Dans la migraine ophthalmique, outre les soins qu'on prendra de l'estomac, on fera en sorte de ne pas fatiguer les yeux, surtout dans le moment des digestions.

On devra ne pas porter de vêtements trop serrés; les corsets, chez les femmes, les cravates, chez les hommes, ont toujours de la tendance à augmenter l'état pléthorique en s'opposant à la libre circulation du sang. On devra se tenir les pieds chauds, la tête peu couverte; s'abstenir de toutes odeurs fortes ou pénétrantes, faire un exercice modéré, éviter autant que possible les sentiments violents, l'amour, la jalousie, la colère, et toutes les passions vives qui viennent ébranler le système nerveux jusque dans ses fondements.

Je termine ici ce que j'avais à dire sur la céphalalgie et la migraine; trop heureux si je ne suis pas obligé d'invoquer en ma faveur l'autorité d'un grand nom, et de citer dans mon intérêt le passage où La Bruyère a dit : « Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute des droits à l'indulgence de ses lecteurs !... »

PROPOSITIONS ET APHORISMES.

I.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimicæ; tusses movent, sanguinis eruptiones, ac catarrhos inducunt. (HIPP., sect. V, aphor. 24.)

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. (HIPP., sect. I, aphor. 8.

I.

Dans les palpitations du cœur causées par un léger degré d'hypertrophie de cet organe, rien ne réussit mieux, après les saignées, à modérer ou même à suspendre les accidents, que la digitale en poudre. La digitale est l'opium du cœur.

II.

Dans l'état actuel de la science, le diagnostic différentiel des affections de la protubérance cérébrale est une chose impossible.

III.

Il faut s'abstenir d'une manière presque absolue de pratiquer des opérations de convenance; elles réussissent rarement.

IV.

Pour obtenir du succès dans les opérations, il faut non-seulement les pratiquer en temps opportun, mais encore, quand elles sont faites, porter la plus grande attention à l'état général des malades et au régime qu'ils doivent suivre.

V.

La meilleure voie à suivre pour tout chirurgien qui veut faire faire des progrès à la science, est celle-ci : employer tous ses efforts à tâcher de guérir sans opération, là où jusqu'à lui on ne guérissait que par des opérations. Il est bien probable que souvent des pansements rationnels et minutieusement exécutés, de sages conseils hygiéniques et des soins médicaux bien entendus, pourront amener cet heureux résultat.

VI.

Il est positif que, par des lotions et des injections d'eau chlorurée, faites de bonne heure et avec soin dans les plaies par morsures ou piqûres d'animaux venimeux ou enragés, on évitera le développement de la rage et des autres affections secondaires, qui résultent de l'absorption des virus.

VII.

Tous les virus, quelle que soit leur nature, sont décomposés par les solutions aqueuses des chlorures alcalins.

VIII.

Abandonné à lui-même, l'ongle rentré dans les chairs n'est pas

susceptible de guérison; la maladie, au contraire, tend à faire des progrès. (DUPUYTREN, *Leçons orales*, tome III, page 50.)

IX.

L'avulsion de l'ongle, conseillée par beaucoup de chirurgiens, et notamment par Dupuytren, dans tous les cas d'ongle incarné par excès de convexité de sa matrice, est une opération qui doit être presque entièrement rejetée de la pratique chirurgicale. (Voir la note qui suit.)

La principale indication à remplir pour arriver à une cure radicale de cette affection, est celle-ci : modifier la forme vicieuse de la matrice de l'ongle, et lui donner plus de largeur en lui ôtant son excès de convexité transversale.

X.

On ne doit pas toujours, et dans tous les cas d'onyxis où la matrice de l'ongle est le siége de la maladie, arracher l'ongle par la méthode de Dupuytren, ou l'enlever par l'instrument tranchant avec les chairs qui le supportent : car on guérit quelquefois cette affection grave sans opération. (Voir la note qui suit, sixième observation.)

NOTE

SUR UN PROCÉDÉ DE TRAITEMENT

DE

L'ONGLE RENTRÉ DANS LES CHAIRS,

SANS OPÉRATION CHIRURGICALE.

Il n'est ici question que de la première variété d'ongle incarné, décrite par Dupuytren dans ses leçons de clinique chirurgicale, de celle qui consiste dans l'ulcération de l'un des bords latéraux de l'ongle du gros orteil, et quelquefois de ses deux bords à la fois, occasionnée par un excès d'incurvation transversale de cette production cornée, quelle que soit du reste la cause, toujours externe de sa nature, qui aura produit cette excessive convexité.

Cette affection, très-douloureuse quand elle a acquis le haut degré de gravité qu'on lui remarque chez les malades qui viennent se faire traiter dans les hôpitaux, et ces cas sont les plus rares; toujours très-incommode, alors même qu'elle ne présente que peu de gravité, est une sorte d'infirmité très-communément répandue, et pour la guérison palliative ou radicale de laquelle une infinité de moyens plus ou moins rationnels, plus ou moins ingénieux, ont été proposés successivement.

Pour bien se rendre compte du traitement qui présente le plus de chances de succès, il faut se reporter aux causes qui ont produit la maladie, afin d'en déduire les indications à remplir, et, par suite, s'il est possible, les moyens de remplir ces indications.

Les ongles des pieds, et spécialement celui du gros orteil, puisque

c'est lui que l'on trouve presque exclusivement affecté de la maladie qui nous occupe, sont bien doués des mêmes propriétés physiques que ceux des mains, ont bien la même forme, la même texture, le même mode d'implantation et de reproduction, mais ils n'ont pas tout à fait les mêmes fonctions à remplir. En effet, ces organes, qui ne sont aux mains qu'un moyen de protection de la pulpe et de l'extrémité du doigt, et de préhension des corps étrangers, ne sont plus, aux pieds des organes de préhension, mais bien et uniquement des organes de soutien et de protection de l'extrémité libre des orteils. Or, comme dans la station bipède, les pieds sont destinés à supporter le poids du corps, il s'ensuit que les ongles des orteils auront à supporter un effort de bas en haut, qui tendra à les redresser sans cesse, c'est-à-dire à rendre moindre leur concavité inférieure, effort résultant de la pression du pied sur le sol, qui refoule en haut et sur les côtés les parties molles qui recouvrent la partie inférieure des orteils. Un autre effort que les ongles ont à supporter aux pieds, et celui-là est le pire, leur est imprimé par les chaussures. Ces objets, en effet, ne sont pas en général adaptés à la configuration du pied, qui représente ordinairement une ligne droite à son bord interne, savoir, depuis le côté interne du talon, jusqu'à l'extrémité semblable du gros orteil, et une ligne fortement convexe à son bord externe, c'est-à-dire depuis la naissance du petit doigt jusqu'à l'extrémité libre du gros orteil; tandis que la forme la plus habituelle des chaussures, la plus généralement préférée, représente assez exactement dans sa moitié antérieure un fer de lance émoussé. Il suit de là que le gros orteil, au lieu de conserver sa direction à peu près droite, est forcé par une pression continuelle, incessante, de se dévier en dehors, de se porter vers les autres doigts, qu'il gêne et dont il contribue souvent à vicier la direction; et de plus, que la moitié latérale interne de son ongle, au lieu d'avoir à supporter simplement un effort de bas en haut, exercé par les chairs qui tendent toujours à remonter par la pression du poids total du corps, doit en supporter deux, savoir : l'effort naturel de bas en haut, et en second lieu, l'effort latéral exercé par la substance de la chaus-

sure, effort qui vient contrarier le premier, qui vient augmenter la convexité transversale de l'ongle entier et surtout de cette moitié interne, en même temps qu'il applique contre lui les chairs refoulées en haut par le mécanisme que je viens de décrire, ce qui a pour effet son incurvation de plus en plus grande, et le gonflement d'abord, puis l'inflammation et enfin l'ulcération des parties molles continuellement comprimées entre deux corps durs, le bord interne de l'ongle d'une part, et de l'autre le cuir de la chaussure. Voilà ce qui explique la fréquence de la maladie du côté interne de l'ongle du gros orteil, c'est-à-dire du côté où l'ongle et le doigt qui le supporte ne sont en rapport qu'avec la chaussure. La même cause explique également la fréquence de la maladie au côté externe, à celui où le gros orteil est en rapport médiat avec les quatre autres, et immédiat avec le deuxième. En effet, le bord latéral externe et la moitié externe de l'ongle, loin de pouvoir obéir à l'effort naturel qui leur est imprimé par les parties molles, et qui permettrait à cette partie de l'ongle de se redresser par suite de la pression du corps et de sa flexibilité propre, se trouvent, par la déviation qu'imprime à la totalité de l'orteil, la mauvaise forme des chaussures, arqueboutés contre le côté interne du deuxième orteil; et alors, de deux choses l'une: ou bien, par une disposition exceptionnelle des parties, les chairs latérales ne remontent pas et ne viennent point encaisser l'ongle, et celui-ci pressant continuellement et à nu, sur le deuxième orteil, le blesse, l'enflamme et finit par l'ulcérer; ou bien, ce qui est plus ordinaire, les chairs latérales remontent sur le côté externe de l'ongle, y sont maintenues par la pression de l'orteil voisin, et forment alors un bourrelet charnu, qui, au bout d'un certain temps, reste permanent et ne permet plus d'apercevoir le bord externe de l'ongle que très-difficilement, et au fond d'un sillon très-creux, et souvent à travers une suppuration noirâtre, fétide, entretenue par l'ulcération du fond de ce sillon, et de la partie interne du bourrelet charnu enflammé, ulcération entretenue elle-même par la présence anormale du bord de l'ongle formant corps étranger, et ten-

dant continuellement à acquérir plus de convexité transversale, pressé qu'il est entre la chaussure d'une part, et le second orteil de l'autre.

Telles sont les causes les plus fréquentes de cette incommodité qui, si elle n'est pas soignée, devient une véritable maladie, très-douloureuse, rendant la marche impossible, et exigeant, jusqu'à ce jour, un traitement chirurgical des plus énergiques, l'arrachement de l'ongle, pratique qui ne met même pas le malade à l'abri de la récidive.

Ces causes, agissant à peu près de même et avec une égale intensité des deux côtés de l'ongle, nous rendent compte de la fréquence des ongles rentrés sur leurs deux bords, comme de ceux qui ne le sont que d'un seul, soit l'interne, soit l'externe, ce qui est exactement aussi commun l'un que l'autre, quoiqu'on en ait dit jusqu'à présent.

Quand ces causes ont agi pendant un certain temps sans interruption, non-seulement elles se trouvent avoir dévié l'ongle en tout ou en partie de sa direction naturelle, mais encore elles ont communiqué à la portion qui le supporte, et qui fait partie de sa matrice aussi bien que le repli de la peau dans lequel est contenu et enchâssé son bord postérieur, une forme vicieuse beaucoup plus incurvée que d'ordinaire.

Cet état d'incurvation excessive de la matrice de l'ongle qui est dû, soit à l'action des causes énoncées ci-dessus, soit à un vice congénial, devient à son tour une cause puissante de prolongation de la maladie, qui, abandonnée à elle-même, ne peut manquer de faire des progrès, au point d'entraîner la fonte suppuratoire de tout le tissu cellulaire du gros orteil, la dénudation et l'exfoliation des tendons, la carie de la phalange, ce qui tôt ou tard doit forcément conduire à l'amputation du gros orteil, et qui enfin ne paraît dans aucun cas susceptible de guérison spontanée, puisque la cause subsiste entière, et que l'effet, si on parvient à la détruire momentanément, ne peut tarder à se reproduire. C'est ce qui nous a fait formuler cette proposition générale, que la principale indication à remplir pour arriver à une cure radicale consistait à modifier la forme vicieuse de la matrice de l'ongle,

c'est-à-dire à lui donner plus de largeur, en lui ôtant son excès de convexité transversale.

Tout traitement qui n'a pas pour but de remplir cette indication devra nécessairement échouer, ou s'il réussit à parer un instant aux accidents, la cure ne pourra être radicale, et la maladie ne tardera pas à récidiver.

C'est pour avoir méconnu cette indication que tant d'auteurs, si recommandables à tant de titres, ont fait d'aussi nombreuses études chirurgicales sur un aussi mince sujet, et ont imaginé tant de méthodes plus ou moins ingénieuses, présentant plus ou moins d'avantages, mais toujours des inconvénients plus nombreux, dont les moindres étaient de causer d'atroces douleurs et de ne pas mettre à l'abri de la récidive.

Essayons d'apprécier de notre mieux ces divers procédés, d'en peser avec soin les avantages et les inconvénients, et tâchons de leur en substituer un autre qui nous a réussi plusieurs fois, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant les observations annexées à cette note.

Albucasis et Paul d'Égine traitaient l'ongle incarné de la manière suivante : ils détruisaient, l'un par l'instrument tranchant, l'autre par les caustiques ou même par le feu, toutes les chairs fongueuses ou boursouflées qui remontaient sur le côté de l'ongle incarné et contribuaient à encaisser son bord trop incurvé, puis ils soulevaient ce bord avec un stylet pour le redresser, et ils abandonnaient ainsi les choses, en pansant seulement avec de la charpie et du cérat la plaie des parties molles. Cette méthode assez prompte, médiocrement douloureuse, facile à pratiquer, n'était pas sans avantages, et elle compte quelques succès. En effet, en détruisant tout d'abord, soit par le fer, soit par le feu, soit par les caustiques, les chairs fongueuses enflammées, qui après s'être venues déchirer contre ce bord tranchant de l'ongle par suite des pressions énergiques de la marche, venaient encore, par suite de leur gonflement, se porter contre ce bord toujours tranchant qui continuait à les déchirer, ces auteurs emportaient

d'un seul coup la cause des atroces douleurs que le malade, arrivé à cet état, ne manque pas d'accuser au moindre attouchement. Sous ce rapport, il y avait amélioration incontestable par l'opération; mais au bout d'un certain temps de séjour au lit (chose indispensable), qu'arrivait-il? le malade était renvoyé guéri. L'ongle, il est vrai, qui avait produit tout le mal, affectait toujours la même disposition vicieuse; mais les chairs fongueuses et saignantes avaient disparu, et avec elles la douleur qu'elles occasionnaient; et à leur place une cicatrice de bonne nature laissait au malade toute sécurité. Il recommençait donc à marcher, avec gêne d'abord, ce qu'il attribuait à la récente formation de la cicatrice, puis avec douleur; puis, s'il continuait, la douleur se compliquait de gonflement, dinflammation, d'ulcération et de suppuration, comme avant l'opération d'Albucasis et de Paul d'Égine. Pourquoi cela, parce que l'ongle présentait, comme auparavant, un de ses bords perpendiculaire au sol, au lieu de le présenter à peu près horizontal, ce qui est la direction normale, et que les pressions de la marche venaient comprimer des chairs à peine cicatrisées, entre le sol et le bord tranchant de l'ongle.

Fabrice d'Aquapendente substitua à cette méthode un autre traitement qui parut préférable, et qui est encore aujourd'hui employé par des chirurgiens du premier mérite. Ce traitement consiste à réprimer d'abord par les caustiques plusieurs fois appliqués les chairs fongueuses, puis à les tenir éloignées du bord de l'ongle au moyen de bourrelets de charpie que l'on introduit sous l'ongle dans toute la longueur de son bord incarné, après avoir dégagé celui-ci avec un stylet ou une spatule. De cette manière, on refoule en bas les chairs exubérantes en même temps qu'on les éloigne de l'ongle; mais pour cela, où prendra-t-on son point d'appui, ou sur le bord déjà incurvé de l'ongle dont on tend à augmenter l'incurvation, ou sur la partie correspondante de la matrice de l'ongle, qui en est nécessairement déformée de façon que son incurvation exagérée en étant encore elle-même augmentée, l'ongle qu'elle sécrète, et qui remplacera celui que l'on traite, ne peut manquer d'être encore plus déformé que celui qui a occasionné tous

les accidents. Ce procédé a d'autres inconvénients encore : il est d'une longueur pour ainsi dire interminable ; il est très-douloureux dans son emploi, et nous avons nous-même été témoin d'accidents nerveux occasionnés par un de ces pansements, aussi bien que d'interruption de la menstruation causée par l'excès de la douleur ; enfin pas plus que celui de Paul d'Égine et d'Albucasis, il ne met le malade, quand, au bout de deux mois de séjour au lit, il paraît à peu près guéri, à l'abri d'une récidive plus ou moins prochaine, toujours inévitable.

Vint ensuite Desaulx, qui modifia le procédé de Fabrice d'Aquapendente de la manière suivante : au lieu de bourdonnets de charpie pour maintenir le bourrelet charnu et tâcher de le réduire, au lieu de brins de charpie pour isoler le bord incarné de l'ongle et le relever, Desaulx employait tout d'abord une lame de fer-blanc d'un pouce et demi de long, sur trois ou quatre lignes de largeur et un millimètre d'épaisseur ; il engageait sous le bord incarné cette lame comme Fabrice d'Aquapendente y engageait une spatule, puis il la recourbait légèrement au côté interne, et un peu au-dessus du gros orteil, et enfin la rabattait sous l'orteil lui-même en comprimant les chairs jusqu'à leur niveau normal, tandis que d'autre part le bord de l'ongle était maintenu au moyen de plusieurs circulaires de bande. Il avait soin auparavant de couvrir les chairs avec une compresse enduite de cérat, afin de les garantir de l'impression immédiate du fer-blanc. On renouvelait le pansement tous les deux ou trois jours, et on continuait l'usage de la plaque jusqu'à ce que le bourrelet fût complétement affaissé, et que la partie de l'ongle qui entrait dans les chairs eût quitté sa direction vicieuse, et pris assez d'accroissement pour couvrir entièrement le bourrelet, ce qui n'avait lieu ordinairement qu'au bout de deux ou trois mois. Ce procédé était très-propre à l'indication curative ; mais il était très-douloureux, peu de malades pouvaient le supporter, et parmi ceux que le désir d'être débarrassés de leur infirmité avait engagés à s'y soumettre, on cite plusieurs cas où la violente compression exercée par le métal sur des chairs déjà très-

enflammées avait occasionné la gangrène de ces mêmes parties, et consécutivement celle du gros orteil en totalité.

Pelletan et Dupuytren voyant les inconvénients et le peu de succès des méthodes précédentes leur substituèrent celle de l'arrachement. Autrefois cette opération se pratiquait avec des tenailles qui pinçaient le bord libre de l'ongle et sur lesquelles on tirait. Ce procédé a été remplacé par celui plus méthodique de Dupuytren, qui consiste à engager, sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle, la pointe d'une branche de ciseaux bien affilés, à la faire pénétrer rapidement jusqu'à la racine, et à diviser d'un seul coup cette partie en deux moitiés à peu près égales; on saisit ensuite avec une pince à disséquer l'un des angles antérieurs qui résultent de l'incision que l'on a faite, et on arrache la moitié correspondante en roulant la pince sur elle-même; immédiatement après on en fait autant pour l'autre côté, puis on panse à plat la plaie qui en résulte et qui se cicatrise assez facilement en dix ou douze jours. Ce procédé est très-expéditif, quoiqu'il s'exécute en trois temps, mais il cause d'atroces douleurs, et de plus il expose le malade à des échappées très-fâcheuses de la part de chirurgiens peu exercés; il n'est que palliatif, en ce qu'il ne modifie pas le moins du monde la forme de la matrice, dont le produit repousse avec les mêmes défauts qu'auparavant; aussi a-t-on vu des cas où la maladie s'est renouvelée deux ou trois fois, malgré l'arrachement réitéré de l'ongle. J'ai guéri dernièrement une jeune fille qui avait eu les ongles arrachés par un de nos premiers chirurgiens, aujourd'hui professeur à la Faculté de Paris.

M. Brachet, très-habile chirurgien de Lyon, est persuadé que le refoulement des chairs de la pulpe de l'orteil contre les bords de l'ongle, par l'effet de pressions fortes et répétées sur le sol, est la seule cause de leur inflammation et de leur section, et il a proposé un procédé en harmonie avec ses vues à ce sujet. Je suis intimement convaincu que M. Brachet a pris l'effet pour la cause, et que si les ongles étaient toujours bien conformés, c'est-à-dire très-peu convexes, s'ils ne présentaient jamais de bords perpendiculaires au sol, les pres-

sions les plus fortes et les plus répétées n'auraient jamais, dans aucun cas, pour résultat l'ulcération du sillon qui les enchâsse : c'est ce qui fait que je considère comme un des plus mauvais son procédé, qui consiste purement et simplement à enlever avec l'instrument tranchant tout le bourrelet charnu et toutes les parties molles qui dépassent le niveau du bord de l'ongle. Cette pratique ne remplit pas les indications curatives, et en outre fait subir au malade une opération sanglante, qu'on pourrait très-certainement lui éviter par une compression méthodique, au moyen de bourrelets de charpie tordue et maintenue appliquée par des bandelettes de diachylon : il arriverait, dans ce cas, à une très-petite portion du pied ce qui advient au pied tout entier quand les cordonniers donnent des chaussures trop justes à leurs pratiques ; d'abord on en est très-incommodé, puis on finit par s'y habituer, parce que le pied fond, suivant leur expression, qui me paraît fort juste.

J'omets à dessein une foule de modifications qui se rattachent au procédé de M. Brachet, de Lyon.

Il y en a une autre série qui se rattachent à celui qu'a imaginé M. Lafaye, chirurgien distingué de la marine royale. Ces procédés ont pour but de rapprocher du centre de l'ongle ces bords incarnés : pour cela, on racle avec un morceau de verre, jusqu'à amincissement convenable, la ligne médiane de l'ongle ; puis on fait à son bord libre, qui doit avoir de la longueur, une section en V ; on perfore les bords de cette section ; on introduit dans les trous un fil métallique, que l'on tord avec une certaine force, après en avoir réuni les chefs. Cette manœuvre doit être renouvelée les jours suivants. Cette méthode paraît très-rationnelle et satisfaisante à l'esprit : malheureusement elle ne réussit pas le moins du monde ; elle est absolument sans effet.

Il y a enfin un procédé que je n'ai vu décrit nulle part, et que M. Lenoir a essayé une fois à l'hôpital de clinique. Il consiste à mettre à la partie supérieure du gros orteil et à l'inférieure deux petites attelles un peu larges, et à serrer avec une bande roulée ces deux pièces, comme pour les rapprocher l'une de l'autre en aplatissant le

doigt. Il est également très-rationnel, et prouve que son auteur avait bien saisi l'indication à remplir, puisqu'il cherchait à aplatir à la fois l'ongle et la matrice, c'est-à-dire à modifier en même temps l'effet et la cause. Je ne doute pas un seul instant qu'il ne réussît complétement, si l'on en tentait l'emploi chez les malades avant qu'ils ne le fussent. En effet, je suppose un individu qui a déjà naturellement un peu de convexité dans les ongles des orteils, qui porte depuis quelque temps des chaussures, non pas tant étroites que courtes et taillées en pointe : assurément, si cet homme demeure soumis à l'action de ces causes, il ne peut manquer de voir ses ongles s'incurver de plus en plus, lui causer de la douleur, puis s'incarner, et ulcérer les parties molles : si, au contraire, on le soustrait à l'action de ces causes, qu'on lui donne des chaussures larges, droites, carrées, et qu'on lui adapte les deux attelles de M. Lenoir, il est bien probable que, l'orteil en totalité s'en trouvant aplati, l'ongle et la partie qui le supporte subiront la même modification. Malheureusement, quand les malades réclament des secours, l'affection est déjà assez avancée pour être douloureuse, et la pratique de M. Lenoir est incontestablement une de celles qui occasionnent le plus de douleur. Cela se conçoit facilement, quand on pense qu'une pression quelconque exercée au sommet d'une voûte se transmet à l'instant aux piliers qui la supportent : or, ici le sommet de la voûte, c'est la portion la plus convexe de l'ongle, et les piliers qui supportent l'effort latéral, ce sont les chairs irritées, enflammées, déchirées, chez lesquelles on viendrait établir en permanence une très-forte compression. Ce procédé, on le voit, n'a qu'un inconvénient, celui de n'être pas supportable.

Décrirai-je maintenant ce moyen palliatif si généralement employé dans le monde, parce qu'il apaise momentanément et pour quelques jours les douleurs et qu'il permet de marcher, qui consiste à couper latéralement l'ongle, et à lui enlever un peu de sa largeur, en retranchant la portion incarnée par une section parallèle au bord de l'ongle ? Non, il est trop généralement connu : mais ce que je dois dire, c'est que je le considère comme une pratique des plus funestes, qui a pour

effet constant de soulager momentanément, il est vrai, mais d'aggraver toujours l'intensité de la maladie et d'augmenter beaucoup la difficulté du traitement.

En résumé, parmi ces méthodes si diverses, les plus employées sont : celle de Fabrice d'Aquapendente, qui est d'un emploi douloureux, très-long, et n'attaque que l'effet, et non la cause; celle de Brachet, qui est insuffisante, et fait subir au malade une opération qu'on peut toujours lui éviter; et celle de Dupuytren, qui est très-expéditive, mais aussi excessivement douloureuse, et ne met pas du tout à l'abri de la récidive.

Voici le traitement que je proposerais de leur substituer. Il est presque entièrement calqué sur celui de Desaulx, dont il ne présente pas, je crois, les inconvénients qui l'avaient fait rejeter. Il m'a réussi plusieurs fois, ainsi que M. le professeur Cloquet, qui a vu quelques-uns des malades dont les observations suivent, a bien voulu le relater dans deux de ses excellentes leçons de clinique, aux mois de mai et juillet 1836. Il a pour but, 1° de redresser la partie incurvée de l'ongle qui va plonger dans les chairs, et les blesse, en jouant à leur égard le rôle d'un corps étranger. Cette pratique a déjà pour résultat de calmer les accidents, c'est-à-dire la douleur, l'impossibilité de la marche, l'inflammation, l'ulcération et la suppuration des parties molles; 2° de modifier la forme vicieuse de la matrice, de manière à lui en donner une normale, qui lui permette de produire par la suite un ongle normalement conformé, et à assurer par là la guérison radicale de la maladie. Pour cela, on prend une lame de fer-blanc très-mince, large de sept à huit millimètres, longue de vingt à vingt-deux; on la recourbe avec le plus grand soin, à l'une de ses extrémités, de manière à y former une petite gouttière, large d'un millimètre, de même profondeur, et dont la longueur sera celle de la largeur de la lame de fer-blanc que l'on aura employée : on lime cette lame dans toutes ses parties, afin qu'elle ne présente nulle part d'angles trop vifs; et on pratique sur ses deux bords latéraux, à l'union du quart le plus proche de la gouttière avec les trois quarts qui tiennent à l'extrémité libre,

une double échancrure, qui sert à arrêter un fil ciré, au moyen duquel on fixe une bandelette de diachylum de la largeur du fer-blanc, à la face inférieure ou concave, à celle à l'une des extrémités de laquelle on peut apercevoir la concavité de la petite gouttière : la partie non adhérente du diachylum doit être en rapport avec la face inférieure de l'instrument. Celui-ci ainsi préparé, on le saisit sur l'un de ses bords, avec une pince un peu fine; et on l'applique au pied malade, en commençant par engager dans la gouttière le bord incarné de l'ongle, à partir du point où il est accessible à la vue et au toucher, c'est-à-dire à l'union de ce même bord avec le bord antérieur; une fois que cette portion, la plus antérieure du bord latéral incarné, est engagée dans la gouttière, on fait glisser celle-ci sur ce bord, qui lui sert de conducteur, à travers les chairs ordinairement fongueuses et exubérantes qui forment le bourrelet charnu. On pousse ainsi l'instrument aussi profondément que possible, et tant que le malade qui, dans ces tentatives, s'aperçoit à peine de ce qu'on lui fait, n'accuse pas de trop vives douleurs. On pénètre ordinairement du premier coup jusqu'à l'extrémité du sillon, qui enchâsse le bord incarné. On s'occupe alors de fixer l'appareil, afin qu'il ne laisse pas échapper de sa gouttière le bord de l'ongle qui s'y trouve saisi : pour cela, il suffit de faire faire une fois le tour de l'orteil à la bandelette agglutinative, qui est attachée à la lame par un fil qui en fait le tour, dans un point très-voisin de la gouttière : alors, et seulement alors, on pèse à l'extrémité libre de la lame, qui se trouve représenter un levier du premier genre, placé transversalement en travers de l'ongle, et dont le point d'appui est sur l'ongle lui-même, partie essentiellement insensible, à l'union de ses trois quarts planes avec le quart incarné, tandis que la résistance est à la partie incarnée elle-même. On diminue par cette pression, qui doit être peu considérable le premier jour, l'incurvation de l'ongle; et quand on a produit suffisamment d'effet pour ne pas faire éclater la matière cornée, ce qui aurait le très-grand inconvénient de ne pas laisser de prise à l'instrument, pour les applications ultérieures, alors on le fixe dans cette position, en faisant passer sur

l'extrémité libre du lévier, un deuxième, un troisième tour, et plus, s'il le faut, de la même bandelette agglutinative qui doit, pour être suffisante, avoir à peu près deux pieds de longueur.

Ce pansement a pour effet de calmer subitement les douleurs du malade, en changeant un peu la place où s'exerçait l'action tranchante de l'ongle faisant corps étranger, puisque déjà on le déroule en partie; et, en second lieu, en présentant aux parties enflammées le contact d'un corps mousse, bien arrondi et sans aspérités, qui est le dos, ou la partie convexe de la gouttière, à la place du bord tranchant qui les blessait et les irritait sans cesse auparavant.

Au bout de deux jours, on panse de nouveau le malade, et alors déjà on le trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant : les douleurs ont disparu ou sont très-supportables; l'inflammation a diminué ainsi que le gonflement. Alors, après avoir lavé le pied, en le plongeant pendant cinq minutes dans de l'eau tiède, on le panse de la même manière que la première fois, en ajoutant une tente de charpie, que l'on place précisément sur le bourrelet charnu qui s'en trouve plus ou moins comprimé, au moyen des différents tours de la bandelette qui viennent passer sur cette charpie, suivant que le plus ou moins de sensibilité du malade a permis d'exercer une constriction plus ou moins considérable : cette application d'un corps un peu dur sur le bourrelet charnu est la partie douloureuse du pansement; cependant, elle est très-supportable alors même que le bandage est assez serré, ce qui n'arrive que graduellement, et après un certain nombre de pansements; du reste, je considère comme indispensable l'emploi de cette tente de charpie, si l'on veut arriver à réduire peu à peu ce bourrelet charnu, en même temps qu'avec le levier armé de sa gouttière, on relève l'ongle incurvé, et qu'on tend à redresser et à rendre plus planes les parties qui lui sont sous-jacentes, qui lui adhèrent assez fortement, et qui, suivant tous les anatomistes modernes, doivent être considérées comme faisant partie de sa matrice.

Que si, au lieu d'être incarné d'un seul côté, l'ongle l'était des deux, ce qui est assez rare, on appliquerait de chaque côté un de ces leviers,

sans y attacher de diachylon, et on les fixerait l'un à l'autre, avec du fil ciré, en superposant les extrémités libres; puis on mettrait sur chaque bourrelet charnu, la tente de charpie obligée, et l'on maintiendrait le tout à l'aide d'une bandelette agglutinative, s'enroulant plusieurs fois autour de l'orteil.

Ordinairement, après dix à douze pansements au plus, répétés tous les deux jours, pendant la durée desquels le repos n'est guère indispensable que dans la première moitié du traitement, et souvent moins, le malade n'accuse plus la moindre douleur au gros orteil; l'ongle, au lieu d'être fortement convexe transversalement et très-étroit, est large et presque plane; le bourrelet charnu, avec les fongosités et la suppuration qui l'accompagnaient, a disparu, réduit par une compression méthodique continuelle et progressivement croissante; enfin la partie visible de la matrice de l'ongle a contracté peu à peu une forme analogue à celle que l'ongle lui-même a dû prendre sous l'influence du levier employé à demeure. Alors le malade peut marcher sans aucune crainte de voir récidiver son incommodité, parce que l'ongle étant considérablement élargi, en même temps qu'une portion notable des parties molles a été refoulée en bas, a pu s'étendre au-dessus de ces dernières, et que désormais la pression du poids du corps dans la marche ne tendra plus qu'à maintenir les choses dans cet état; puisqu'elle ne s'exercera que de bas en haut, et ne comprimera plus les parties molles qu'entre le sol, et un ongle plus large qu'elles et presque entièrement plane.

Tel est le procédé qui m'a plusieurs fois réussi, ainsi que le prouvent les observations suivantes.

Première observation. — Louise Pillon, âgée de dix-sept ans, polisseuse en or, demeurant chez ses parents rue Culture-Sainte-Catherine, n° 3, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant jamais eu de maladie grave, s'aperçut, dans le courant du mois d'août 1835, que, sans aucune cause à elle connue, son pied droit, qui jusque alors n'avait jamais éprouvé aucun accident, commen-

çait à la faire souffrir quand elle se livrait à la marche un peu plus que de coutume. La douleur se rapportait au gros orteil; et bientôt, en l'examinant, la malade remarqua que l'ongle prenait de jour en jour plus de convexité, qu'il commençait à rentrer dans les chairs. A cette époque, pensant peut-être que le mal pouvait provenir de la forme trop courte ou trop étroite de ses chaussures, elle commença à en porter de beaucoup plus larges, et reconnut en effet que la douleur était moindre quand son pied n'était pas comprimé. Cependant le mal n'était pas guéri pour cela, bien au contraire: car, au bout de quelque temps, il survint de l'inflammation, qui alla toujours croissant et devint de plus en plus douloureuse, vers la portion de peau sur laquelle repose le bord externe de l'ongle; et bientôt le fond du repli étant venu à s'ulcérer, il apparut un léger suintement, qui donna à la moitié externe de l'ongle une couleur noirâtre. Les accidents, quoique ayant sans cesse augmenté, n'en étaient pas encore venus au point d'empêcher la malade de marcher. La progression n'était encore que gênée, lorsqu'au mois de décembre 1835, elle fut heurtée brusquement par un maçon qui lui marcha sur le pied, précisément à l'endroit malade. La douleur fut très-vive, et en rentrant chez elle où elle eut beaucoup de peine à arriver, elle trouva son bas taché de sang. A partir de ce moment la suppuration, qui jusque alors était peu abondante et sans odeur, augmente beaucoup, acquiert de la fétidité; et la jeune fille, qui marchait encore assez bien auparavant, ne peut plus le faire sans boiter et sans s'appuyer sur le talon. Vers la fin de décembre, les douleurs deviennent excessivement vives, des chairs fongueuses s'élèvent du fond de la plaie, et la malade est obligée d'interrompre son travail, et de consulter un pédicure, qui lui applique on ne sait quelle pommade dont il fait mystère, et qui n'a d'autre effet que d'augmenter le mal. Alors, sans interrompre l'emploi de son topique, il lui coupe l'ongle sur son bord externe. Un soulagement momentané suit cette pratique, qui est répétée plusieurs fois de façon à enlever à l'ongle une portion notable de sa largeur. Mais bientôt les chairs fongueuses, refluant sans cesse, et d'autant plus facilement qu'elles étaient moins

maintenues par le bord externe de l'ongle que l'on avait coupé, la malade vient consulter M. le professeur J. Cloquet; et, le 21 janvier 1836, elle entre à l'hôpital des cliniques. Elle présente alors l'état suivant : l'ongle du gros orteil du côté droit, légèrement convexe d'avant en arrière, l'est beaucoup plus transversalement, surtout vers son tiers externe, où il semble s'enfoncer perpendiculairement dans les chairs. Celles-ci, fortement enflammées, tuméfiées, fongueuses, laissent échapper une suppuration noirâtre, abondante et fétide; l'ongle, qui a douze millimètres de largeur à sa base, n'en a que six ou sept vers son bord libre. C'est le résultat du traitement antérieur, qui peut avoir duré trois à quatre semaines. La malade accuse des douleurs excessives. M. Cloquet excise le même jour le bourrelet charnu, suivant le procédé de Brachet de Lyon, puis il tamponne le dessous de l'ongle profondément jusqu'à sa naissance, et tout le long du bord externe avec de la charpie. On renouvelle ce pansement tous les deux ou trois jours pendant deux mois, durant lesquels la malade paraît souffrir considérablement chaque fois. Au bout de ce temps, les ulcérations sont cicatrisées, le pied est dans un état beaucoup plus satisfaisant; mais l'ongle n'est pas redressé, et il continue à pousser dans la direction vicieuse qu'il affectait auparavant. On continue encore pendant quinze jours le même traitement; et alors, le 3 avril 1836, fatiguée peut-être d'un séjour au lit de deux mois et demi qu'elle craint de voir se prolonger indéfiniment, elle demande à sortir. Je vais, sur sa demande et sur l'invitation de M. Cloquet, la panser chez sa mère tous les trois jours; et pendant trois semaines à peu près, je continue le traitement commencé sans plus de succès. C'est alors que j'imagine de lui substituer une méthode qui consiste à redresser l'ongle, qui s'incurve et fait corps étranger dans les chairs. Pour cela, je recourbe en gouttière l'extrémité d'une lame de ferblanc large de cinq millimètres et longue de douze; je ne donne guère à cette gouttière qu'un millimètre de largeur comme de profondeur, puis je la fais glisser le long du bord latéral incarné jusqu'à sa base; et abaissant sur l'ongle lui-même l'autre extrémité de la lame, je la transforme en un levier du premier genre,

dont le point d'appui est sur l'ongle, à l'union de son quart externe avec ses trois quarts internes; je fixe le tout avec une bandelette de diachylon. Pendant vingt jours, le pied a été pansé de nouveau tous les deux jours, et chaque fois la pression sur l'extrémité libre du levier augmentée graduellement. Au bout de ce temps, l'ongle, considérablement élargi (il avait alors onze millimètres), offrait très-peu de convexité transversale et recouvrait entièrement les chairs, dans lesquelles il était auparavant comme englouti. Pendant tout le traitement, la malade n'avait pas cessé de marcher comme à l'ordinaire, et n'avait éprouvé aucune gêne de l'appareil qu'elle portait; elle en était si satisfaite qu'elle me fit voir alors, vers le milieu du mois de mai, son autre pied, qui menaçait de devenir aussi malade que le premier : l'ongle du gros orteil rentrait dans les chairs par les deux bords. Il faut ici remarquer en passant que sa direction vicieuse ne pouvait être attribuée à l'étroitesse des chaussures, car, depuis dix mois, la malade n'en portait que de fort larges. Quoi qu'il en soit, je lui appliquai un semblable appareil de chaque côté de cet ongle, et au bout de quatorze jours, elle était complétement guérie. A la fin de mai 1836, M. le professeur J. Cloquet la vit de nouveau, et voulut bien relater le fait avec éloges à sa clinique.

Deuxième observation. — M. Lemée, étudiant en médecine, âgé d'environ vingt-trois à vingt-cinq ans, d'une vigoureuse constitution, n'ayant jamais eu de maladies graves, s'apprêtait un jour à monter à cheval, vers le mois de juin 1835, quand l'animal, dont il se tenait trop près, lui marcha sur le pied. La douleur fut très-vive, la contusion assez forte, et un épanchement sanguin considérable se manifesta presque aussitôt dans toute l'étendue de la face concave de l'ongle. Au bout de quelques jours, les douleurs étant très-intenses, et le gonflement ayant augmenté beaucoup, on tenta par une sorte de décollement du bord antérieur de l'ongle, de donner issue au liquide épanché. On y parvint facilement, et on trouva, en explorant avec un stylet, que l'organe était décollé dans presque toute son étendue, et qu'il n'adhérait plus que par son

bord postérieur. On l'arracha donc tout d'abord avec des pinces et en un seul temps, puis on pansa à plat l'ulcération qui se cicatrisa au bout d'un mois. Depuis ce temps, jusqu'en 1836, le malade n'éprouva aucune espèce de douleurs, à moins qu'on n'exerçât sur la place de l'ongle, qui n'était pas encore repoussé, une compression assez forte. A cette époque, il commença à sentir quelque gêne, quelque difficulté dans la marche, ce qui éveilla son attention, et lui fit reconnaître que le nouvel ongle menaçait, en repoussant, d'entrer dans les chairs. Au mois d'avril, il consulta M. Cloquet, qui lui prescrivit une méthode de traitement par la charpie et les bandelettes de diachylon, et le repos. Le malade ne s'y soumit que pendant quelques jours, n'en éprouva aucune amélioration; et enfin le 22 juillet, se trouvant dans l'impossibilité absolue de marcher, il revint consulter de nouveau M. Cloquet, qui eut la bonté de me l'adresser. Il était dans l'état suivant : Le pied gauche, d'ailleurs parfaitement bien conformé, présentait au gros orteil un ongle incurvé sur son bord externe, et rentrait assez profondément dans les chairs, qui étaient ulcérées, tuméfiées, et sécrétaient une suppuration noirâtre et odorante; l'autre bord était à l'état normal et l'ongle était aussi large à son bord libre qu'à sa base; il n'avait pas été coupé latéralement. J'appliquai de suite un appareil de fer-blanc de neuf millimètres de largeur; j'établis sur les chairs, malgré leur état d'ulcération un bourrelet de charpie tordue; je maintins le tout avec une bandelette agglutinative médiocrement serrée, et prescrivis le repos. Le malade s'y conforma si complétement que je ne le revis que six jours après; mais alors l'ulcération des parties molles était déjà recouverte d'un épiderme très-mince, le bourrelet charnu n'existait plus, l'ongle était redressé, élargi, et passait par-dessus les chairs dans lesquelles il rentrait auparavant : la guérison était complète. M. Cloquet, qui le vit, fut étonné de la promptitude avec laquelle il avait été guéri; et M. Lemée, à ma sollicitation, eut l'obligeance de m'adresser, avant de quitter Paris, le résumé par écrit de son observation. Je n'insère pas ici sa lettre, qui donne à ma méthode des éloges exagérés, et qui cependant m'est infi-

niment précieuse en ce qu'elle prouve la vive gratitude d'un camarade d'études auquel j'ai été heureux de pouvoir rendre service.

Troisième observation. — Madame Fresnel, âgée de vingt-cinq ans, traiteur, rue de la Harpe, n° 37, vint, le six août 1836, à la consultation chirurgicale de l'hôpital des cliniques, pour faire voir à M. le professeur Cloquet son pied droit, dont elle disait souffrir beaucoup depuis plusieurs mois. Ce pied était dans l'état suivant : L'ongle du gros orteil était mince, *concave* d'avant en arrière, convexe transversalement, surtout vers son quart interne, qui s'enfonçait perpendiculairement, à une grande profondeur, dans les chairs. La moitié antérieure de ce bord avait été cassée obliquement, et laissait à nu la portion sous-jacente de la matrice. En outre, un énorme bourrelet charnu, fongueux, ulcéré, fournissant une suppuration tout à fait noire, très-fétide, remontait sur ce bord au point d'envahir la moitié du diamètre transversal de l'ongle : enfin, ce qui est assez rare, le gonflement s'était propagé au repli cutané que l'on croyait autrefois former exclusivement la matrice des ongles, et cette partie, tuméfiée outre mesure, descendait sur l'organe au delà de la lunule, de sorte que c'était à peine si un tiers de l'ongle qui était en partie ramolli se trouvait à découvert. C'était, en résumé, un des plus mauvais cas que l'on pût choisir. J'essayai néanmoins de la traiter, et procédai au pansement de la manière suivante : une tente de charpie fut établie transversalement sur le bourrelet charnu non ulcéré, et une bandelette de diachylon séparée vint passer par-dessus, tandis que ses deux chefs, dirigés en arrière et un peu en bas, tendaient à réduire dans cette direction ce bourrelet transversal ; puis la lame de fer blanc fut glissée sur le bord incarné de l'ongle, qu'il fallut aller chercher à tâtons très-loin ; elle fut fixée, comme il a été dit plus haut, et je compris dans ses doloires une seconde tente de charpie appuyant sur le bourrelet charnu longitudinal. Ce pansement fut renouvelé tous les deux jours, depuis le 6 août jusqu'au 22 du même mois, et chaque fois avec des douleurs

assez vives, qui se prolongeaient encore deux heures après. La malade cependant ne perdit pas courage, et, au neuvième pansement, toutes les ulcérations étaient tout à fait cicatrisées, les bourrelets charnus en grande partie réduits, l'ongle redressé : les douleurs alors étaient très-supportables. La malade, sur ma recommandation, porta encore pendant un mois l'appareil, afin d'assurer à l'ongle, qui avait été cassé et qui n'avait pas encore eu le temps de repousser, une direction définitivement bonne, et au bout de ce temps, pendant lequel elle ne fut pansée que tous les six ou huit jours, elle était complétement guérie. Je l'ai revue dans les mois de novembre et d'octobre 1836, et le gros orteil ne présentait plus de traces de l'affection grave dont il avait été atteint, et dont j'avais presque désespéré de pouvoir jamais obtenir la guérison. Un de mes collègues, élève des hôpitaux, comme moi employé à l'hôpital des cliniques, M. Charles Merdier, vint un jour avec moi, et constata la guérison de la malade, qu'il avait vue au début du traitement.

Quatrième observation. — M. J. Robert, étudiant en médecine, d'origine belge, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution d'ailleurs, avait, depuis plusieurs années, une disposition vicieuse des ongles des deux gros orteils : il n'avait jamais essayé de se guérir, quand il vint me trouver à l'hôpital de clinique, dont il suivait les leçons ; il avait, comme il le dit dans la lettre qu'il m'écrivit avant son départ, toujours coupé ses ongles, incurvés chacun sur les deux bords, de manière à en réduire peu à peu la largeur. Ses ongles, qui ne présentaient pas, quand je le vis, de bord antérieur, avaient absolument la forme d'un triangle, dont le sommet était en avant et la base en arrière : il souffrait beaucoup alors, et ne pouvait pousser plus loin son système de sections latérales. Je transcris ici son observation telle qu'il me l'a adressée : « Je souffrais depuis longtemps de l'ongle rentré dans les chairs, et je me guérissais, pour quelque temps, par le moyen vulgaire, c'est-à-dire en coupant l'ongle sur ses côtés. Mais, à mesure que j'avançais dans mes sections, mon mal devenait de plus en plus incurable ; les

ongles des orteils étaient considérablement incurvés, etpresque entièrement recouverts par d'énormes bourrelets charnus, lorsqu'à la clinique de M. le professeur J. Cloquet je fus témoin de l'application de l'appareil de M. Labarraque. A l'inspection, le succès ne me parut pas douteux ; aussi n'hésitai-je pas à me soumettre, moi-même, à son application. En moins d'un mois, mes ongles furent complétement redressés, et les bourrelets charnus déprimés. Si je l'ai porté un second mois, c'était pour donner à l'ongle le temps de pousser sur les côtés. Maintenant, fin du second mois, les ongles sont revenus à une belle largeur, et à un état tel que je suis pour toujours à l'abri de récidive. L'application de cet appareil n'est nullement douloureuse. Il n'empêche aucunement la marche, et ne manque que d'être connu pour être généralement employé. Paris, 8 septembre, 1836. S. Robert. »

Cinquième observation. — Adèle Lemur, âgée de vingt ans, domestique, habituellement d'une bonne santé, et d'une très-forte constitution, entra à l'hôpital des cliniques, le 18 octobre 1836, pour se faire traiter d'un ongle incarné, qui la faisait beaucoup souffrir, et l'empêchait tout à fait de marcher. Le lendemain, 19, à la visite, elle présentait au gros orteil du pied droit une déviation très-prononcée du bord externe de l'ongle, qui se courbait brusquement en bas et pénétrait profondement dans les chairs; un bourrelet charnu considérable, tuméfié, rouge, enflammé, ulcéré, et très-douloureux, faisait encore paraître plus grande la profondeur du sillon dans lequel était plongé le bord externe de l'ongle. Interrogée sur l'époque à laquelle avait commencé sa maladie, elle nous dit qu'elle avait toujours souffert des deux gros orteils; qu'il y a un an, à pareille époque, les chairs s'étant entamées aux deux pieds, et la marche étant devenue absolument impossible, elle était entrée à l'Hôtel-Dieu, où on lui avait arraché successivement les deux ongles par un procédé qui, sur la description qu'elle en fit, nous parut être celui de M. Dupuytren. Après cette double opération, et un mois de séjour au lit, elle était sortie guérie, et avait pu marcher sans aucune douleur pendant six

mois; mais à cette époque elle recommença à souffrir de nouveau du pied droit, d'abord peu, puis davantage; puis enfin, les chairs s'étant ulcérées, il lui fut impossible de marcher, et même de s'appuyer sur sa jambe droite, à moins qu'elle ne portât le poids du corps uniquement sur le talon. Elle patienta encore quelques mois, et fut enfin consulter de nouveau le savant et habile chirurgien qui l'avait déjà traitée; et n'ayant pas voulu se soumettre de nouveau à l'arrachement de l'ongle repoussé aussi vicieux qu'auparavant, elle entra à l'hôpital des cliniques. Malgré l'inflammation vive des parties, et leur extrême sensibilité, je la pansai comme il a été dit plus haut. Le pansement fut renouvelé tous les deux jours, et le 8 novembre 1836, après vingt-deux jours de traitement, et onze pansements, l'ongle était redressé, et beaucoup élargi; le bourrelet charnu n'existait plus; le sillon du bord latéral externe était entièrement cicatrisé; la malade ne souffrait plus, marchait facilement; elle était guérie : j'aurais bien voulu lui faire porter l'appareil vingt ou trente jours de plus, pour assurer une direction définitivement bonne à l'ongle, en le dirigeant pendant ce temps dans sa pousse, et mettre la malade à l'abri de toute récidive; mais on fut obligé d'ordonner sa sortie en raison de son indocilité à se conformer aux règles intérieures de la maison.

Sixième observation.— Jean-Nicolas Pelletier, menuisier, âgé de vingt ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, mais n'ayant jamais eu de maladie grave, entra, le 28 janvier, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 23, pour y être traité d'un mal qu'il portait au gros orteil du côté gauche. Il raconta que, sans cause à lui connue, vers le 15 du même mois de janvier 1837, il avait été pris d'un gonflement douloureux des chairs qui forment le bord externe du gros orteil du côté gauche; que, deux jours après, ayant remarqué dans le sillon qui loge le bord latéral de l'ongle, un point légèrement blanc et transparent, il y avait enfoncé une épingle, et qu'un peu de pus était sorti par la piqûre; qu'à partir de ce moment, l'ulcération avait fait des progrès, s'était étendue tout du long

de ce bord externe, et que la suppuration était devenue assez abondante, et la marche impossible.

M. Robert, agrégé à la Faculté de Paris, chargé par intérim du service de M. le professeur Breschet, examina, le lendemain, de son entrée le malade, et constata une maladie de la moitié externe de la matrice de l'ongle, laquelle fournissait un pus assez abondant, et permettait d'apercevoir et le bord externe de l'ongle dans toute son étendue, et les trois quarts de son bord postérieur, qui était à nu. Le sillon qui enchâsse le bord postérieur était ulcéré dans ses trois quarts externes, ce qui, avec l'ulcération du sillon, pouvait bien représenter, en longueur, à peu près, quatorze à quinze lignes de surface suppurante. En dehors, enfin, un gonflement violacé occupait les chairs de cette portion du gros orteil.

Le 5 février, sur l'invitation obligeante de M. Robert, je vis le malade; et, ayant reconnu que la maladie ne dépendait pas de l'excessive convexité transversale de l'ongle, puisqu'il présentait une conformation normale; que, d'autre part, le malade ne présentait sur sa personne aucune trace d'affection scrophuleuse ou syphilitique, et niait absolument avoir eu aucune maladie de ce genre, je renonçai à l'emploi du procédé précédemment indiqué. Mais, comme les deux habiles chirurgiens précités paraissaient d'accord sur la nécessité ou d'enlever l'ongle, avec sa matrice, par l'instrument tranchant, ou de l'arracher par le méthode de Dupuytren, j'entrepris de traiter le malade sans opération, ce qui était beaucoup plus de son goût. Pour cela, je commençai, le lendemain, à le panser avec des plumasseaux de charpie imbibée d'eau chlorurée, renfermant un quinzième de chlorure de soude, en ayant soin de tamponner légèrement, et autant que le permettaient les excessives douleurs du malade, quelques brins de charpie dans le sillon courbe que représentait la double ulcération et du bord postérieur de l'ongle et du bord latéral externe du gros orteil. Sous l'influence de ce traitement continué pendant vingt jours, la suppuration diminua, et successivement la douleur et le gonflement disparurent entièrement, et, le 27 février, M. le professeur Breschet

constata qu'il n'y avait plus d'ulcération, que la cicatrisation était complète, qu'un nouvel ongle, fort mince, mais sain et adhérent à l'ancien, poussait rapidement, en remplacement de celui-ci, qu'enfin, le malade était parfaitement guéri. C'est ce qui m'a fait conclure que l'on ne doit pas toujours, et dans tous les cas d'onyxis où la matrice de l'ongle est le siége de la maladie, arracher l'organe par la méthode de Dupuytren, ou l'enlever par l'instrument tranchant avec les chairs qui le supportent.

FIN.

Le gros Orteil dans l'ongle incarné

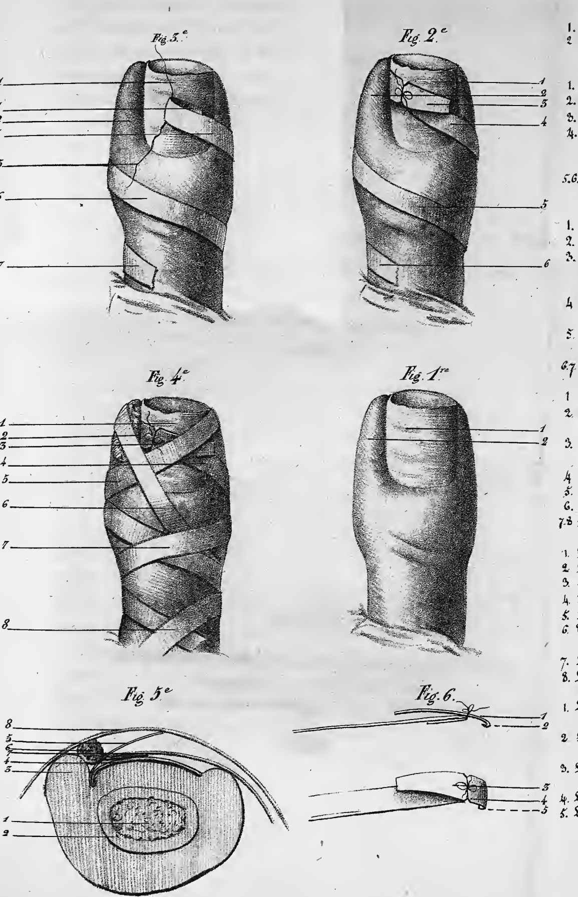


Fig. 1.re

1. L'ongle du gros orteil incarné
2. Le bourrelet charnu remontans sur le bord latéral incarné.

Fig. 2.

1. L'ongle incarné
2. Le Bourrelet charnu.
3. L'instrumens en place.
4. Le premier tour de la bandelette prenans insertion à la face concave de l'instrumens.

5.6. Les 2.e et 3.e tours de la même bandelette.

Fig. 3.

1. L'Ongle incarné.
2. Le Bourrelet charnu
3. Le premier tour de la bandelette, dans ses rapports avec l'orteil dans l'instrumens.
4. La face adhérente de la bandelette repliée sur elle même.
5. Le fil servans à fixer la bandelette à l'instrumens.

6.7 Les autres tours de la bandelette

Fig. 4.

1. L'Ongle incarné.
2. Le bourrelet charnu comprimé par une tente de charpie.
3. L'instrumens en place vu par sa face convexe.
4. Le premier tour de la bandelette
5. Le 2.e tour.
6. Le 3.e tour.

7.8 Les autres tours de la bandelette.

Fig. 5.

1. La phalangette du gros orteil.
2. Les parties molles du gros orteil.
3. Le bourrelet charnu.
4. L'ongle incarné.
5. L'Instrumens.
6. Tente de charpie comprimans le bourrelet charnu.
7. Le premier tour de la bandelette.
8. Le 2.e tour.

Fig. 6

1. Le corps de l'instrumens vu de profil.
2. La Gouttière de l'instrumens vu de profil.
3. Le Corps de l'instrumens vu de trois quarts.
4. Les échancrures où passe le fil.
5. La Gouttière.